

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

THÈSE

N. 468

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 20 juillet 1906, à 1 heure

Par **Adrien HOCQUET**

Ancien externe des Hôpitaux de Paris.
Interne de la Maison Nationale de Charenton.

DES SORTIES PROVISOIRES

A TITRE D'ESSAI

CONTRIBUTION A LA THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES MENTALES

Président : M. JOFFROY, professeur.

*Juges : { MM. BRISSAUD et DÉJERINE, professeurs.
 TEISSIER, agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

20, Rue Monsieur-le-Prince, 20

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie.	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.	SEGOND
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	DEJERINE.
Clinique médicale.	ROGER.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	LE DENTU.
Clinique chirurgicale.	TERRIER.
	BERGER.
	RECLUS.
Clinique ophtalmologique.	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN.
Clinique gynécologique	PINARD.
Clinique chirurgicale infantile	POZZI.
Clinique thérapeutique	KIRMISSON.
	A ROBIN.

Agrévés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRE	LEGUEU	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFEL (chef des trav. anat.)
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	TEISSIER
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	THIROLOIX
BRINDEAU	GOUGET	MARION	VAQUEZ
BROCA (ANDRÉ)	GUIART	MAUCLAIRE	WALLICH
CARNOT	JEANSELME	MERY	
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
GUNEO	LANGLOIS	POTOCKI	
DEMELIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGRY	RENON	

Le Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

En gage de ma profonde affection.

A MA SCEUR, A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JOFFROY, MEMBRE DE L'ACADEMIE DE MEDECINE, PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES MENTALES, CHEVALIER DE LA LEGION D'HONNEUR, *qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse.*

AVANT-PROPOS

Avant de franchir la dernière étape qui nous sépare encore du Doctorat en médecine, il nous est infiniment agréable de reporter nos regards sur le temps de nos études et d'adresser à tous nos maîtres le merci profondément sincère d'un élève qui se souvient.

Nos professeurs au P. C. N. d'Amiens apprendront avec quelle intime émotion nous évoquons le souvenir des jours quasi-familiaux où, dans les amphithéâtres de l'École, nos sympathies montaient vers les chaires avec notre attention. M. le Dr PEUGNIEZ, directeur honoraire de l'École de Médecine, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, voudra bien agréer l'hommage sans contrainte de nos respects.

A Paris, le professeur DEBOVE, médecin de l'hôpital Beaujon, nous accorda, comme bénévole, la fréquentation de son service.

A l'hôpital Andral, le Dr DUFOUR eut souci d'accueillir notre première année d'externat. Par les voies de

l'observation rationnelle, il guida notre inexpérience vers la difficulté des diagnostics et ne négligea point de nous intéresser aux prescriptions de la thérapeutique. Nous n'oublions pas qu'il nous communiqua un peu de son goût pour la pathologie nerveuse.

Combien faible l'expression de notre reconnaissance, en regard de tant de sollicitude !

Le D^r APERT, à qui échut ensuite le service de la consultation de médecine, à l'hôpital Andral, s'attacha à développer en nous le sens de la clinique et ne nous ménagea point l'aide de ses conseils. C'est avec empressement que nous saisissons l'occasion qui s'offre à nous de le remercier une fois encore.

Le D^r MATHIEU, médecin de l'hôpital Andral, nous apprit à connaître les affections des voies digestives et les maladies de la nutrition. Praticien de grande conscience, il nous voulut assidu au lit des malades. Thérapeute éminent, il s'inquiéta de nous familiariser avec les traitements et les médications dont il aimait à nous préciser les indications spéciales. Nous nous tiendrons pour trop heureux si le véhément témoignage de notre gratitude peut lui être agréable.

Le D^r J. CH. ROUX, assistant du D^r Mathieu, fut pour nous un ami autant qu'un maître. Il ne cessa de nous dispenser, pendant tout le temps que nous passâmes ensemble à la consultation spéciale des affections digestives, les enseignements de son expérience. Ses leçons de pathologie gastro-intestinale nous sont encore présentes à la mémoire, dans la clarté toujours récente de leur exposition. Nos mercis vont à lui, déferents et cordiaux.

Le D^r LABOULAIS, chef de laboratoire du D^r MATHIEU, fut à notre endroit d'une obligeance sans seconde. Nous lui réservons le meilleur de notre souvenir.

En 1904, nous eumes l'honneur d'appartenir en qualité d'externe, au service du D^r LEJARS, agrégé de la Faculté de médecine, alors chirurgien de l'hôpital Tenon. Nous apprîmes à son école que la propreté chirurgicale est une des conditions essentielles du succès opératoire et c'est à lui que nous devons toute notre compréhension de la chirurgie moderne. Il nous convient de dire encore qu'il nous enseigna le respect des malades, pour qui son dévouement s'affirmait sans bornes. Interprète ému de ces déshérités, disciple plein de zèle, nous avons à cœur d'acquitter la dette de reconnaissance que nous avons envers lui contractée.

C'est à l'Hôtel-Dieu Annexe, dans le service du D^r CHAMPETIER DE RIBES, membre de l'Académie de médecine, que nous fûmes initié à la pratique délicate des accouchements. M. le D^r BOUFFE DE SAINT BLAISE nous convia à faire notre profit de ses fructueuses remarques cliniques. Je l'en remercie vivement.

M^{lle} GRAILLOT, sage-femme en chef de la maternité de l'Hôtel-Dieu, s'étonnera, nous en sommes sûr, dans sa modestie, que nous lui apportions ici le tribut de nos hommages. La science n'est pour elle qu'un prétexte de plus à s'épanouir en bonté.

Dès notre entrée à la Maison Nationale de Charenton, nous reçûmes dans le service de notre vénéré maître le D^r RITTI, le dévoué secrétaire de la Société médico-psychologique et médecin en chef du quartier des

dames, l'accueil le plus bienveillant. Nous aurons toujours présent à la mémoire qu'il s'appliqua à nous rendre facile l'étude de la pathologie mentale ; attirant notre attention sur tout ce que le hasard des visites journalières pouvait offrir à la curiosité de nos esprits, il nous faisait part des réflexions que lui suggérait sa longue expérience.

Nous eûmes la joie, durant que nous étions son interne, de voir toute une vie de labeur et de droiture professionnelle recevoir sa récompense : la décoration de Chevalier de la Légion d'honneur convenait à une telle poitrine. Nous tenons à remercier notre vénéré maître pour toute la sympathie qu'il n'a cessé de nous témoigner et pour ce qu'il nous suggéra le sujet de notre thèse inaugurale.

M. le D^r ANTHEAUME, médecin en chef de la division des hommes, ancien chef de la Clinique des maladies mentales, nous a ouvert toutes grandes les portes de son service, et maintes fois, durant le court moment que nous fûmes son interne, il nous honora de sa bienveillance. Qu'il veuille croire à la sincérité de notre merci !

M. le D^r DAMALIX, chirurgien en chef de la Maison Nationale, se montra vis-à-vis de nous l'homme aimable que tous s'accordent à louer ; tout de bonté serviable et de généreuse spontanéité, il fut pour nous un maître plein de sollicitude. Nous le savons trop persuadé de notre affectueux dévouement, pour avoir à l'assurer à nouveau de notre gratitude.

M. le D^r MIGNOT, médecin de la Maison Nationale dont nous avons été quelque peu l'élève, nous éclaira

souvent de ses conseils ; qu'il nous soit permis de l'en remercier.

M. le D^r BEAUSSENAT, chirurgien des asiles nationaux, nous a sans cesse prodigué ses encouragements ; opérateur des plus habiles, clinicien avisé, il s'est efforcé de nous familiariser avec les difficultés quotidiennes de la chirurgie. Nous tenons à lui dire combien nous avons été sensible à tant d'attentions.

M. le D^r LEDÉ, médecin légiste de l'Université de Paris, fut pour nous le plus affable des protecteurs. Sa sollicitude de tous les instants nous incita à ne point toujours douter de la bonté des hommes. Puisse-t-il croire à la ferveur de notre reconnaissance et agréer l'hommage de nos sentiments respectueux !

INTRODUCTION

La question des sorties à l'essai des aliénés convalescents, bien que récemment posée, a suscité les longues discussions et les controverses passionnées. On la conçoit de prime abord intéressante à plus d'un titre et l'on ne saurait nier qu'elle se présente à notre étude sous un aspect de particulière complexité. Heurtant les unes contre les autres des dispositions souvent contraires, elle apparaît au médecin d'une solution difficile, car elle exige la mise en accord dans un même but de ces différentes dispositions. La pratique, dans les maisons de santé et asiles français, d'un tel système de sorties s'embarrasse de complications légales et administratives qu'il nous faut savoir envisager.

Nous ne croyons pas cependant que là doive longuement s'appliquer notre attention. Il suffit, en effet, de constater que cette mesure a trouvé son origine dans une considération d'ordre purement médical; c'est donc sur le terrain médical que doit principalement porter le débat. Les sorties à titre d'essai constituant avant

tout un mode de traitement des affections mentales, il s'agit de savoir si elles apportent aux aliénés quelques chances de guérison ou même d'amélioration : au médecin de répondre, à la clinique de dicter ses arrêts !

Dans le cas de l'affirmative, elles s'imposent comme une médication bienfaisante dont les praticiens d'asile ont le devoir d'user largement, en dépit des obstacles administratifs et légaux.

En conséquence, c'est le moyen de traitement que notre étude a surtout pour but d'apprécier. Notre maître, le Dr Ritti, ne signifiait-il pas clairement la compréhension du sujet, quand il écrivait en 1902 (1) : « Je n'étonnerai personne d'entre vous, messieurs, en faisant des sorties à titre d'essai de nos malades convalescents, une question essentiellement thérapeutique. »

Il est à croire que les sorties d'essai trouvaient une utile indication dans des cas relativement nombreux de pathologie mentale, car l'efficacité de ce moyen curateur, récemment surgi dans le cadre, restreint de la thérapeutique psychiatrique fut largement éprouvée dans diverses contrées de l'Europe et du Nouveau Monde. Leur utilité ne parut pas contestable à certaines nations qui l'admirent dans leur législation spéciale.

En France, l'on a recours aux libérations provisoires depuis près d'un demi siècle, mais c'est en marge

1. Dr A. RITTI. *Cinquantenaire de la Société médico-psychologique*. Histoire des travaux de la Société médico psych. 1902, p. 90.

de la loi qu'on réalise ces mesures, appliquées encore avec une hésitation bien légitime si l'on songe à l'aridité du problème, à la multiplicité des intérêts à sauvegarder et des responsabilités à couvrir.

Nous dirons dans un autre chapitre quelles furent, à ce sujet, dans notre pays, les opinions des aliénistes et des sociétés médicales, en particulier celles de la société médico-psychologique qui, à plusieurs reprises, sur le propos de ces sorties, incita les plus compétents de ses membres aux discussions les plus serrées et les plus minutieuses.

Les praticiens de la Grande-Bretagne, des États-Unis d'Amérique et de France, qui, les premiers, acquirent l'expérience de ces sorties, nous convient à bénéficier du fruit de leurs observations. Nous inspirant de leur manière de voir et mettant à profit les acquisitions de nos aînés, nous chercherons à déterminer dans quelles conditions les sorties d'essai peuvent être les agents d'une thérapeutique vraiment efficace et quelles sont les circonstances les plus favorables à leur mise en œuvre.

Médicalement parlant, nous escomptons enfin la satisfaction de montrer que ces sorties contribuent pour leur bonne part à assurer chez les aliénés convalescents et guéris un équilibre mental d'autant plus affermi qu'elles auront préparé avec tous les ménagements désirables, la réadaptation progressive du malade aux exigences souvent pénibles de la vie sociale.

Il s'agit donc bien ici d'une œuvre de prophylaxie, ressortissant au chapitre de l'hygiène mentale.

S'il est patent que les sorties d'essai se montrent avantageuses, s'il est prouvé que les inconvénients inhérents à une telle pratique ne sont rien au regard des services rendus, il serait souhaitable qu'une loi en consacrat les heureux effets. Sur ce terrain de légalité, s'apaiseront les vieilles querelles et les conflits d'attributions ; les hésitations n'auront plus d'excuse : ce sera autant de gagné pour le traitement de l'aliénation mentale.

CHAPITRE I

DÉFINITION. — Quelle remarque clinique mena à la conception des sorties d'essai. — Distinction à établir entre les sorties d'essai et les congés. — Élasticité de la loi de 1838. — La sortie d'essai doit être une arme dans la main seule du médecin.

Dans quelles conditions la sortie d'essai trouva-t-elle sa raison de naître, ou, en d'autres termes, à quels besoins eut-on qu'elle devait satisfaire ? C'est une question qu'il est de notre devoir de ne pas éluder. Il nous est, du reste, facile d'y répondre. Si la loi de 1838 n'y a fait aucune allusion directe « l'observation, l'expérience de chaque jour ont amené un grand nombre de médecins d'asiles à combler une lacune que le législateur semble avoir soupçonnée (1). »

Une même remarque clinique, traduite en termes presque identiques par la majorité des médecins aliénistes, sollicita, de leur attention constamment en éveil

1. TAGUET. In *Ann. médico-psych.*, 1879, 6^e s. T. I.

la conception des sorties à titre d'essai. « Beaucoup de malades, écrivait, en 1873, le D^r Skaë (1), médecin du Royal Edimburgh Asylum, sont susceptibles après un séjour d'une certaine durée à l'hospice, de tomber dans un état d'indifférence et de tristesse, qui tend à augmenter rapidement, si on ne les éloigne pas pendant quelque temps de la maison de santé. » Plus récemment, le D^r Marandon de Montyel (2) exprimait les mêmes craintes, avec peut-être plus de véhémence : « Tous les aliénistes ne savent-ils pas, d'ailleurs, que pour beaucoup de malades, le séjour de l'asile au bout d'un certain temps est fatal et que le seul moyen de sauver l'intelligence, est dans ces cas, d'anticiper la sortie ». Cette opinion, comme la précédente, ne concède pas aux sorties d'essai la valeur d'une thérapeutique vraiment active; nous aurons, au cours de cet ouvrage, à montrer que les sorties d'essai, ont un rôle qui dépasse une telle préoccupation; non contentes de parer à la décadence intellectuelle, elles veulent aller au-devant de la santé et, pour leur part, œuvrer au rétablissement de l'équilibre mental. La formule suivante, d'une manière sans doute moins médicale, serait, à notre avis et pour les besoins de notre cause la plus prudente (3), car elle se borne à constater un fait : « Il y a dans le traitement une heure psychologique où, l'excitation du début étant apaisée

1. SKAË. IN *The Journal of Mental Science*, oct. 1873, t. 19, p. 144.

2. MARANDON DE MONTYEL. *Ann. méd.-psych.*, 1896, 8^e s. t. III p. 71.

3. ANDRÉ LEFÈVRE, *Revue de Paris*, 1^{er} février 1903, p. 640.

« et la raison revenant, l'aliéné a tiré de l'internement « tout le profit possible. » La solution naturelle du problème, il était facile de le prévoir, s'offrait toute dans un changement temporaire de l'ambiance.

C'est alors qu'on en vint à faire sortir le malade provisoirement, à titre d'essai : si l'on tenait, par ce moyen, à obtenir du malade, mis en face des réalités sociales, qu'il fournisse la mesure de sa résistance, le juste espoir d'enregistrer une amélioration, puis une guérison encourageait le médecin à une telle pratique. Le procédé, prenons la liberté de le dire dès maintenant, parut en général satisfaisant : on se garda bien d'en faire fi, car, il faut l'avouer avec le Dr Pasturel (1) : « La thérapeutique mentale est assez restreinte pour que l'on ne néglige aucun moyen curateur, toutes les fois que l'on a l'occasion d'en constater l'efficacité. »

Les aliénistes usèrent donc, quand l'occasion s'en présentait favorable, des libérations provisoires, mais officieusement, à leurs risques et périls, puisque ce mode de sortie n'est pas légalement prévu. Cependant d'aucuns arguèrent qu'il était permis d'interpréter la loi; M. Taguet (2), s'avancant dans cette voie, trouvait à son *modus faciendi* une excuse que la loi elle-même se chargeait de lui fournir : « Toute loi, si parfaite qu'elle puisse être, ne présente-t-elle pas une certaine élasticité sans laquelle elle n'est pas viable? » Cette élasticité

1. PASTUREL, *Ann. méd. psych.*, 1904, t. 19, p. 36.

2. TAGUET, *loco citato*.

se trouve implicitement comprise dans le paragraphe 170 du règlement ministériel du 20 mars 1857 : « Aucun aliéné ne peut faire de promenade extérieure s'il n'est accompagné d'un infirmier ou d'une infirmière ou s'il n'est confié à un parent ou un ami qui prend la responsabilité de la surveillance du malade au seuil de l'établissement. Sa permission de sortie délivrée par le Directeur doit mentionner le nom de la personne qui accompagnera ou recevra le malade et déterminer la durée de l'absence. »

Le congé simple est donc le seul qui soit, en quelque sorte, impliqué dans les règlements officiels. Il est en somme défini par l'article 57. Cependant, comme on a pu l'identifier aux sorties d'essai, il y a lieu de préciser ici, avant d'aller plus loin, le sens que l'on doit accorder à ces deux expressions. Il nous semble d'autant plus raisonnable de faire ainsi, qu'en 1902, le D^r Legrain, au cours d'une enquête instituée auprès des autorités compétentes, dans le dessein de rechercher les résultats auxquels ont abouti les sorties à titre d'essai, s'étonnait de constater, au dépouillement des dossiers, que beaucoup de préfets et de médecins étaient encore à ce moment du siècle « si peu au courant de « cette question qu'ils avaient établi une certaine con-
« fusion entre ces deux mesures. »

Du reste Foville (1), à la Société médico-psychologique en 1884 réclamait une distinction qu'il sentait

1. FOVILLE. In *Ann. méd.-psych.* 1884, t. XI.

nécessaire. Nous allons nous efforcer de l'établir clairement.

Le congé simple, qu'on appelle encore permission de sortie, n'est accordé que pour un minimum de temps ; le malade quitte l'asile pour une durée de quelques heures à deux et trois jours au plus. C'est une sortie en dehors de l'établissement dont bénéficient les aliénés en cours de traitement ; les aliénés chroniques sont, entre tous, ceux qui en usent le plus largement. Cette permission de sortie est accordée dans un but quelconque, on la prescrit à titre de distraction. Le plus souvent, c'est une satisfaction que le médecin n'oserait refuser au malade et à la famille. C'est « le congé de distraction » du D^r Pasturel.

Le professeur Francotte (1), ne s'exprime pas autrement : « Les sorties de congé tempèrent la rigueur de la collocation, elles sont un adoucissement à la vie recluse que comporte cette dernière. »

Les sorties à titre d'essai sont des sorties provisoires, en ce sens qu'elles amorcent la libération définitive. Elles sont réservées presque exclusivement aux malades convalescents ou tendant à la convalescence. Le médecin, qui décide en toute compétence de leur opportunité, épie la guérison qui s'approche et par la sortie d'essai cherche à hâter sa venue. Il est féru de l'espoir que l'épreuve sera tout à l'honneur de son malade.

Ici, pas de complaisance à l'égard de la famille. La

1. FRANCOTTE, In *Bull. Acad. Roy de Méd. de Belgique*, 31 mars 1906,

sortie d'essai est une arme dans la main du médecin, que seul le médecin doit manier. C'est lui, qui jugeant le moment venu, doit en quelque sorte imposer cette mesure à l'entourage du malade. M. Espiau de Lamaestre (1), à qui les sorties d'essai apparurent toujours néfastes, ne croyait pas fournir à l'appui de nos vues de tels arguments, quand il fit, en manière de réquisitoire, ces deux déclarations que nous nous plaisons à rapprocher : « Généralement je n'autorise les sorties provisoires que sur les sollicitations réitérées de la famille » et plus loin, « la plupart des sorties que j'ai accordées ont été suivies de résultats si fâcheux qu'aujourd'hui j'ai pris pour règle de conduite de ne jamais les provoquer. » Peut-on maintenant s'opposer à ce que, faisant nôtre le témoignage d'un tel adversaire, nous en venions à cette conclusion : le médecin seul peut permettre à titre d'essai le renvoi temporaire d'un aliéné, seul il a qualité pour décider de l'opportunité d'une telle mesure qu'il doit pouvoir au besoin imposer ?

Nous avons dit que la sortie à titre d'essai méritait d'attirer notre attention par son caractère original qui est de s'appliquer presque exclusivement aux convalescents. Et c'est pour ce caractère même qu'on doit l'agréer au sein de la thérapeutique aliéniste comme une innovation de bonne venue. Il faut avouer que le traitement des affections mentales ne comportait aucune indication spéciale à l'endroit même de la convales-

1. ESPIAU DE LAMAESTRE. *Ann. méd.-psych.*, t. XI, p. 297, 1884.

cence. Pourquoi à cet état spécial ne correspondrait pas un mode spécial de médication ? Il n'y a pas de raison pour qu'il n'en soit pas ainsi, et nous pourrions peut-être, avec quelques chances de succès, battre en brèche l'intransigeance du professeur Lasègue.

Comme on pouvait s'y attendre, son avis sur la question des sorties provisoires est catégorique dans son esprit et dans son extériorisation verbale : « Il n'y a pas de moyen terme possible, il faut qu'une porte soit ouverte ou fermée. » Oserions-nous transporter cette formule dans un autre domaine et dire : « Il y a, d'un côté, des malades, de l'autre, des gens qui sont parfaitement bien ? » La convalescence existe, qui viendrait troubler le parfait sans-gêne d'une telle formule ; et nous saisissons avec empressement l'occasion qui nous est offerte d'en donner ici la définition. Le *Dictionnaire Dechambre* (1) nous la fournit ainsi conçue : « Conformément à son étymologie, c'est l'état d'une personne qui relève de maladie, la période de transition entre la maladie qui n'existe plus, et le retour complet de la santé et des forces au degré que comporte la constitution individuelle ou, en d'autres termes, un état intermédiaire entre la maladie et la santé. » De même, établissant un parallèle, concevriions-nous « qu'il doive y avoir, entre la séquestration complète et la liberté absolue, place pour un moyen terme, qui est précisément la sor-

1. DECHAMBRE. *Dictionnaire encyclop. des Sc. Méd.*, 1^{re} s., t. XX, 1^{re} partie.

tie d'essai pendant laquelle le malade restera sous le contrôle du médecin. »

Celui-ci, en effet, a pu croire le moment venu de libérer son malade à titre provisoire, après la disparition absolue des manifestations délirantes. Cependant, on est en droit de se demander s'il a en sa possession tous les éléments nécessaires pour pouvoir porter à coup sûr le diagnostic de guérison, même en un sens médical. Que va-t-il arriver demain quand le malade sera dehors? Il faut prévoir l'essai défavorable exigeant un prompt retour à l'asile. Cette dernière considération nous amène à mettre en relief la supériorité, en l'occurrence, de la sortie provisoire sur la mise en liberté définitive; le malade qui continue à figurer normalement sur les registres de l'asile, peut y être réintégré avec la plus grande facilité, sans qu'on ait de nouveau recours aux formalités de la première entrée. C'est là que git l'incontestable avantage des sorties à titre d'essai; cette disposition pratique annihile les objections de la famille qui, en cas de non guérison, redoute l'éventualité de nouvelles démarches; elle est pour l'aliéné une garantie de plus contre un internement prolongé en pure perte, de nature, par conséquent, à compromettre une guérison qu'on pouvait espérer plus rapide.

CHAPITRE II

Historique.

« La loi de 1838, dit M. Lwoff (1), ne prévoit pas les congés d'essai. Cependant, pour plusieurs raisons d'ordre médical et d'ordre pratique, ces congés s'imposent à tel point qu'il s'est formé à cet égard, en France, une sorte de droit usuel et que la pratique a devancé la loi. »

Il n'est pas sans intérêt de descendre le cours des ans, depuis la promulgation de notre première loi sur les aliénés et de saluer dans le passé, les praticiens éclairés qui, jaloux d'enrichir la science mentale, proclamèrent la nécessité d'apporter, en maints endroits, des modifications au règlement primitif. Tant de noms autorisés signalent les étapes de l'idée en marche ; qu'il nous soit permis de passer en revue les faits et les opinions.

Si la question qui nous occupe fut récemment posée, il n'en est pas moins vrai que les sorties d'essai sont connues depuis assez longtemps. Le Dr Giraud (2)

1. Dr LWOFF. — *Rapport au nom de la délégation nommée pour visiter en 1900 les asiles d'aliénés en Belgique et les asiles du Nord en France*, p. 9.

2. GIRAUD. — *Comptes rendus du congrès national d'assistance publique et de bienfaisance privée*. Bordeaux 1903. vol. III. p. 297.

nous fait part de ce qu'il a trouvé dans les registres de l'Asile de Saint-Yon, où il est actuellement médecin-directeur.

Novembre 1859

Sortie à l'essai cinq jours

Signé : MOREL

« et ensuite :

« Sortie définitive

« 23 novembre 1859

« L'essai a réussi, cette malade a repris le soin de
« son ménage et nous la regardons comme guérie de
« l'affection pour laquelle elle est entrée à Saint-
« Yon. »

« Ici c'est le médecin qui avait pris sur lui la respon-
« sabilité de cette sortie à titre d'essai. »

Poursuivant ses recherches dans les archives du même asile, le D^r Giraud trouve mention d'une sortie d'essai autorisée, cette fois, par le Préfet.

Rouen, le 10 mars 1862

« Monsieur le Directeur,

« Conformément aux prescriptions contenues dans
« votre lettre de ce jour, j'autorise la sortie en permis-
« sion pour quinze jours de la nommée B..., femme B...

Agréez, etc...

Le Sénateur Préfet.

Par délégation, le secrétaire général.

La sortie définitive a eu lieu le 4 avril 1862.

Dès 1860, Aubanel, à l'asile de Marseille vantait les sorties provisoires et les préconisait comme moyen de

traitement de la folie. Il y recourait volontiers ; malheureusement, quelques années plus tard, en 1864, la préfecture des Bouches-du-Rhône s'émut de la fréquence des sorties et formula des réserves au sujet de leur emploi, source pour elle de responsabilités qu'elle supportait malaisément. Elle saisit la première occasion qui se présenta pour les interdire. Une famille se refusait à acquitter le prix de pension d'un aliéné en congé régulier de dix jours. Le Préfet, saisi du différend, fit parvenir au Directeur une note ainsi conçue : « L'incident
« soulevé à cette question m'amène à traiter une ques-
« tion plus sérieuse, celles que MM. les Médecins sont
« dans l'habitude d'accorder à leurs malades. Je m'abs-
« tiendrai de décider de l'opportunité de ces congés
« au point de vue de la discipline et de la comptabilité,
« des inconvénients graves qui n'auront pas échappé
« à votre attention. Je dois ajouter que, bien que les
« médecins prennent la responsabilité des autorisations
« qu'ils accordent, cette responsabilité en cas d'évène-
« ments, retombe toujours, en définitive, sur l'Adminis-
« tration. Ces inconvénients sont trop graves pour
« qu'on puisse mettre en balance les avantages, d'ail-
« leurs contestables, que les malades doivent retirer
« d'un séjour passager dans leurs familles. »

Renaudin, dans le commentaire qu'il fit paraître en 1863, de la loi de 1838, émet, en quelque sorte le principe des sorties d'essai, dont il juge la pratique tout à fait louable ; qu'elles s'adressent à des malades en pleine convalescence ou précocement à des aliénés progressant vers le mieux, elles n'ont, le plus souvent

que de bons effets. Il semble qu'il en reconnaisse la légitimité, dans ces quelques lignes : « Ce n'est sou-
« vent qu'après différents essais que le médecin peut,
« en parfaite connaissance de cause, déterminer les
« chances d'amélioration qui peuvent résulter de la
« sortie, les avantages souvent contestables de la vie de
« famille, incompatible avec l'état du plus grand nom-
« bre, et enfin, la nécessité de maintenir l'isolement. »

En 1864 et en 1865 la Société médico-psychologique convie ses membres à l'éclairer sur les divers modes d'assistance applicables aux aliénés. La question des sorties d'essai fut discutée et la majorité de l'Assemblée se montra favorable à leur usage.

Le D^r Brunet fait ressortir qu'il est de bonne pratique d'envoyer les malades achever leur convalescence au sein de leurs familles. Il dit les bons résultats des sorties précoces. Il faut profiter des améliorations pour renvoyer les malades chez eux en essai.

Le D^r Baillarger sait que dans de nombreux asiles, on a recours à des sorties ainsi conditionnées, mais elles ont le tort de porter offense à la loi.

Le D^r Delasiauve consent à envoyer les malades auprès des leurs, mais après qu'ils auront séjourné quelque temps dans une colonie familiale.

Dès 1865, le principe de l'assistance des aliénés chez eux est admis formellement par plusieurs aliénistes. M. Foville propose d'accorder aux aliénés renvoyés à leur domicile, des secours en argent prélevés sur les fonds de l'Asile.

Lui-même, partisan convaincu des sorties d'essai, en

avait fait profiter 29 malades en 1869 ; en 1866, 41 de ses pensionnaires étaient libérés à titre provisoire ; 32 de ces derniers y gagnèrent leur sortie définitive.

M. Ernest Bertrand dans un opuscule paru en 1872 s'exprime ainsi (1) : « quand la maladie s'est améliorée, « mais reste stationnaire et lorsque le caractère de la « folie n'a rien de dangereux, quelques chefs d'établissements envoient les aliénés passer quelque temps « dans leur famille. Ces essais, qui ont quelquefois « produit d'heureux résultats n'ont été prévus ni par « la loi, ni par les règlements. Ils ne paraissent pas « être pratiqués dans les établissements publics ni « même habituellement dans la plupart des établissements privés. »

Il est fort à croire que M. Bertrand, bien qu'il ait eu connaissance des sorties d'essai, fut mal renseigné sur le plus ou moins de vogue de la mesure. Tout ce qui précède tend, au contraire à faire croire qu'on en faisait un usage moins restreint qu'il ne veut bien le dire.

En 1872 également, en une séance de la Commission chargée d'étudier les modifications à introduire dans la législation relative aux aliénés, le Président pose à M. Voisin la question suivante : « Y aurait-il quelque utilité à ce que les aliénés sortissent à titre d'essai et fussent alors traités à domicile pendant une certaine période de temps ? »

Le Dr Voisin fournit ces explications : « Cette mesure

1. E. BERTRAND. *Études sur les diverses législat. relatives aux aliénés*. Paris, 1872.

serait très utile. Il y aurait bénéfice à faire sortir certains aliénés des asiles à titre d'essai, ainsi que cela se pratique en Angleterre et à les faire traiter à domicile pendant quelque temps. » Il voudrait généraliser le système de mise en liberté provisoire par la création de quartiers de transition.

En 1876, le Dr Auzouy, directeur-médecin de l'asile de Pau étudie dans les *Annales médico-psychologiques* les sorties à titre d'essai. Pour lui, il y a de grands avantages à recourir à ce *modus faciendi* : « Dans la « pratique quotidienne, il survient des cas nombreux « où il y a convenance, quelquefois même nécessité de « faire sortir des aliénés dont le médecin ne peut garan- « tir la guérison, ni la déclarer officieusement. Ce sont « ces cas qui réclameraient pour les directeurs des « asiles le droit d'accorder des mises en liberté provi- « soires avec faculté d'admettre de nouveau les mala- « des rechutés sans formalités, si dans un délai que « l'on peut raisonnablement fixer à 3 mois, il survient « de nouvelles crises délirantes. » Il constate que cette amélioration est depuis longtemps réclamée par bon nombre d'aliénistes et que dans leurs rapports, M. Dagonet et lui-même ont demandé l'autorisation d'accorder des sorties d'essais permettant la réintégration immédiate et sans formalités nouvelles. Cependant comme aucune loi n'est intervenue pour régulariser cette mesure, il dégage sa responsabilité en proposant au Préfet d'autoriser l'essai d'une sortie précoce, conditionnée comme une sortie définitive. Dans l'état actuel des choses, c'est le moyen le plus sage et le plus recommandable.

Dans la séance du 30 décembre 1878, la Société médico-psychologique s'occupe une première fois de cet important problème. M. Baillarger désireux de consulter la société sur une question intéressante de pratique, provoque de la part de M. Lasègue la fameuse réplique que nous avons citée plus haut : « Il faut qu'une porte soit ouverte ou fermée. » Mais le débat n'effleura même pas le côté médical du sujet et la discussion ne tarda pas à se perdre dans un dédale de considérations juridiques et administratives. La société en resta là pour cette fois.

Le Dr Taguet en 1879, pense qu'un moyen terme doit trouver sa place entre la séquestration complète et la liberté absolue. Il envisage par dessus tout le point de vue clinique de la question. Son article paru dans le numéro de mars des *Annales médico-psychologiques*, affecte un titre suffisamment explicite : « Des sorties provisoires comme moyen de traitement de la folie. » Ce travail est d'autant plus remarquable qu'il apparaît un des premiers conçu dans un esprit purement médical. Pour M. Taguet, les sorties d'essai sont en germe dans le règlement ministériel du 20 mars 1837 ; dans un grand nombre de départements, elles sont sinon autorisées du moins tolérées, leurs inconvénients ne doivent causer que peu d'inquiétudes. « Je suis porté à croire, affirme-t-il, qu'elles constituent dans certains cas un puissant moyen de traitement devant lequel doivent s'incliner les considérations strictes des règlements. Combien de guérisons auraient pu être obtenues par ce moyen de traitement ? » Il apporte à

l'appui de sa thèse quatre observations que nous ne négligerons point de lui emprunter, pour le plus grand bien de notre cause.

La question du régime de la convalescence et des sorties des aliénés réapparaît en 1883 à la Société médico-psychologique, à propos d'une communication de M. Motet, sur les garanties apportées à la sortie des aliénés des établissements publics et privés. Cette fois le débat, nourri des opinions les plus diverses, acquit toute l'ampleur qu'on devait lui souhaiter. Il convient de l'évoquer ici, sous ses aspects les plus remarquables.

M. Falret aborde le premier la discussion et nettement il délimite le sujet. Il esquisse d'abord un historique des sorties à titre d'essai; c'est dans les asiles de province que les premières tentatives ont été faites. A Paris, la Préfecture, d'abord hostile à cette innovation, a fini par consentir aux essais. Ils sont utiles, en ce sens qu'ils permettent au médecin de mieux apprécier l'état du malade, et que le malade n'en tire que du profit pour sa santé. S'il y a quelques inconvénients, présentant même un certain caractère de gravité, ils sont notablement inférieurs aux avantages.

A cette déclaration d'un partisan de la nouvelle méthode vinrent s'opposer les arguments nombreux formulés par M. Legrand du Saulle et M. Espiau de Lamaëstre.

Si le premier exagère sa prudence jusqu'à en faire l'arme d'une opposition mal déguisée, le second se montre, dès l'abord, et semble-t-il de parti pris, l'adversaire résolu des sorties d'essai.

M. Legrand du Saulle, qui à Bicêtre, n'avait jamais cédé aux instances des familles et n'avait jamais voulu accorder le plus petit congé, « fût-il de cinq minutes », les autorisa par la suite à la Salpêtrière, déférant à la tradition locale, et c'est la seule raison pour laquelle sa sévérité s'est un peu relâchée. Les congés ne réservent que des déceptions et leur pratique est une source de malheurs et d'accidents : il faut craindre les scandales, la transmission des maladies contagieuses ; quant aux sorties provisoires à titre d'essai, M. Legrand du Saulle les comprend bien moins encore. L'objection principale qu'il formule contre elles est celle-ci : un grand nombre d'enfants trouveront la vie dans une rencontre malsaine de leurs parents. L'accouplement de l'époux sain et de l'époux demi-fou favorisera toutes les lois de la transmission pathologique. » Il termine son réquisitoire par cette phrase lapidaire : « La France a besoin d'enfants et non pas d'idiots. »

M. Espiau de Lamaëstre ne semble pas établir de délimitation bien nette entre les sorties provisoires d'essai et les congés. Sans les repousser d'une façon absolue, il adresse aux uns et aux autres des reproches d'une gravité telle qu'il lui est désormais impossible d'y avoir logiquement recours.

Les sorties provisoires, à l'entendre, sont préjudiciables aux malades qui, en cas de non réussite de l'essai, reviennent plus troublés et voient leur guérison compromise. Voici la chose jugée au point de vue médical. Il est cependant d'autres inconvénients : des parents font sortir leurs malades à titre d'essai dans un tout autre

but que celui de leur être utile : c'est souvent dans le dessein de leur extorquer une signature pour des affaires d'intérêt.

En accordant des sorties provisoires, le médecin se fait, en quelque sorte, le complice des fraudeurs. D'autre part, il ne saurait être ici question de libéralisme.

Il termine sa communication sur cet appel désespéré, sur ce cri d'alarme d'un pessimisme qui ne veut rien entendre : « Autoriser sur une grande échelle les sorties
« provisoires et les congés, c'est ouvrir la porte à toute
« espèce d'accidents, à une multitude d'actes criminels,
« à toutes sortes d'abus, sans compter les soucis et les
« inquiétudes en permanence que le médecin se crée et
« cela pour un résultat bien aléatoire au point de vue
« des avantages que ce genre de sorties peut offrir au
« malade. »

Cependant les sorties d'essai devaient en cette séance mémorable conquérir droit de cité, car si elles avaient vu se dresser devant elles des ennemis peu disposés à céder, du moins ses défenseurs se levèrent-ils nombreux, unissant leurs efforts pour faire triompher la cause d'une mesure qu'ils étaient unanimes à trouver excellente.

MM. Voisin, Lunier, Foville, répondant à M. Legrand du Saulle, lui font objecter que la plupart des arguments employés par lui n'ont pas l'effet qu'il pouvait en attendre ; si les uns portent à faux, les autres ne semblent pas plus réels ou du moins de peu d'importance. Les orateurs cherchent à calmer les inquiétudes de M. Legrand du Saulle en faisant passer par des-

sus des catastrophes un peu chimériques l'intérêt bien compris de la majorité des malades. Ces sorties pratiquées sagement et avec mesure, entourées de garanties sérieuses paraissent avoir une utilité incontestable et nous offrent le meilleur critérium de la guérison.

M. Voisin fait, d'autre part, observer que s'il est partisan des sorties à titre d'essai, il entend bien cependant que ces autorisations soient toujours subordonnées à l'appréciation du médecin et il n'admettrait pas un article de loi qui lui forcerait la main.

M. Christian se déclare tout net d'un avis entièrement opposé à celui de M. Espiau.

Les sorties d'essai sont à ses yeux un bienfait inappréciable, il en use chaque fois que l'occasion s'en présente : « Depuis que j'ai l'honneur d'être chef de service, soit à Maréville, soit à Charenton, j'accorde des congés de la façon la plus large. Mon collègue Ritti en agit de même et je puis dire que ni l'un, ni l'autre, nous n'avons jamais eu à nous repentir de notre tolérance, qu'au contraire, nous en avons retiré de grands avantages. » Un autre avantage, sur lequel il insiste particulièrement lui paraît de la plus haute importance : en multipliant les congés et les sorties provisoires, « le médecin donne à l'asile d'aliénés la physionomie qu'il doit véritablement avoir. L'asile cesse d'être la renfermerie et si je ne craignais pas d'exagérer, la prison; il devient la maison de santé véritable. »

Loin de lui la pensée de nier qu'il puisse y avoir à cette pratique quelques inconvénients, mais ils sont

éclipsés par les avantages. Et d'ailleurs, la responsabilité du médecin n'est pas, en l'occurrence, aussi engagée qu'on veut bien le dire : la personne qui prend en garde l'aliéné en répond aussi longtemps qu'elle ne l'aura pas ramené. Dans le cas de placement volontaire, il ne saurait se présenter aucune difficulté. Le cas est plus difficile quand il s'agit de placements d'office. Ici, la Préfecture de police se désintéressant absolument de la question et peu soucieuse d'intervenir, c'est au médecin seul qu'il appartient de prendre une décision.

En 1884 (1), le chroniqueur des *Annales médico-psychologiques*, reproduisant l'état d'âme de la plupart des médecins d'asile, exprime le regret que les sorties d'essai ne soient pas réglementées. Il incline à croire qu'un article de loi sanctionnant et réglementant les essais aurait de grands avantages, en ce sens qu'il permettrait ces sorties beaucoup plus souvent et ferait cesser du côté du médecin toute crainte, toute incertitude.

En 1888, le Dr Chambard (2) dans une étude casuistique sur la mise en liberté des aliénés demande que la conscience du médecin puisse être rassurée par une disposition légale nouvelle. Il pense que la loi devrait reconnaître officiellement les sorties d'essai ; elles n'auraient sur l'internement qu'une action suspensive ; en cas d'alerte durant le cours des sorties, une mesure de simple police permettrait la réintégration du malade à la maison de santé.

1. M. LEGRAIN. *Rapport au Cons. Sup. de l'A.-P.* 1902, fasc. 87.

2. CHAMBARD. *Ann. méd.-psych.* 1888, 7^e s. t. 8.

En 1889, le D^r Kéraval (1), au Congrès international d'assistance publique, au cours de son rapport sur les aliénés hors des asiles, traite des sorties d'essai. Il considère qu'elles ne sont possibles qu'avec l'organisation du traitement des aliénés à domicile. Elles auront alors un véritable rôle thérapeutique.

En 1896, M. Marandon de Montyel (2) expose les principes de la nouvelle hospitalisation des aliénés par la méthode de liberté, ainsi qu'ils sont appliqués à Ville Evrard. Il dit en quelle estime il tient les congés et surtout les sorties provisoires, dont l'utilité n'est pas contestée, au triple point de vue diagnostique, thérapeutique et économique. Sur ce sujet, ajoute-t-il, tous les aliénistes sont d'accord.

La même année, dans le rapport qu'il présenta au Congrès de Nancy, le D^r Paul Garnier consacre tout un paragraphe aux avantages des sorties à titre d'essai :
« Où l'accord est plus complet que sur la question de
« l'open-door, c'est sur la question des sorties provisoires et à titre d'essai. Lorsqu'un malade est très amélioré, il peut être très utile de ne pas rompre d'em-
« blée avec les liens qui le rattachent à l'asile et il
« serait d'autre part nuisible d'agir avec lui comme au
« temps où son affection mentale obligeait à le tenir
« enfermé. Une transition est ménagée, on accorde des

1. D^r KÉRAVAL. *Rapport au Congrès international de l'A. P.* 1889.

2. D^r MARANDON DE MONTYEL. *Ann. méd.-psych.*, 1896, t. III, p. 71.

3. D^r GARNIER. *Rapport au Congrès de Nancy*, 1896, p. 39.

« congés qui permettent de graduer en quelque sorte
« le retour à la liberté complète et de juger à l'aide de
« quelques expériences de ce genre, si la sortie défini-
« tive peut être autorisée. Je sais bien que cette manière
« de procéder n'est pas sans entraîner quelques acci-
« dents fâcheux et quelques difficultés d'ordre admi-
« nistratif. Mais la somme des avantages paraît large-
« ment supérieure à celle des inconvénients. »

En 1897, le Dr Christian (1) écrivait dans les *Annales médico-psychologiques* : « A Charenton, les sorties sont
« fréquentes, aussi fréquentes que les circonstances le
« permettent. Quant aux sorties d'essai, elles sont d'un
« usage si habituel qu'il est rare qu'un pensionnaire
« sorte définitivement avant d'avoir passé par cette
« épreuve. »

En 1898, le Dr Ritti, médecin de la Maison nationale de Charenton et collègue du Dr Christian, applique les sorties d'essai, au traitement de la mélancolie (2). Nous nous réservons d'insister plus loin sur son article.

En 1902, le Dr Legrain (3) communiqua au Conseil supérieur de l'Assistance publique un volumineux rapport sur la convalescence des aliénés. La question des sorties à titre d'essai y est traitée dans son ensemble, mais l'auteur s'attache surtout à mettre en lumière quel concours elles apportent à la solution du problème d'assistance aux aliénés.

1. Dr CHRISTIAN. *Ann. méd.-psych.*, février 1897, p. 70.

2. Dr RITTI. *Traitement de la mélancolie. Un traité thérapeutique* de A. Robin, 1898, t. 20, p. 176.

3. Dr LEGRAIN. *Rapport au Cons. sup. de l'A. P.*, 1902, fasc. 87.

L'aliéné est, dans son œuvre, présenté sous les deux aspects qu'il intègre vis-à-vis du médecin et de la société : deux êtres sont en lui, l'antisocial et le malade. Le rôle légal de l'asile a sa raison d'être, a sa nécessité quand le fou menace la sécurité publique ; à ce moment précis le traitement médical et la séquestration s'imposent. Plus tard, l'être antisocial disparaît, il n'y a plus que le malade : le rôle de l'asile légal cesse à ce moment, mais le malade a besoin d'être assisté. Or, un des moyens de lui assurer le prompt retour de la santé et de préparer sa réadaptation au milieu social se présente dans les sorties d'essai. Outre qu'elles s'affirment la meilleure pierre de touche de la guérison et le caractère décisif qu'elles confèrent au pronostic, sans elles bien incertain, elles luttent avec efficacité contre la chronicité, cause majeure de l'encombrement des asiles.

Après un sobre aperçu historique, d'où se dégage cette notion que le régime de la convalescence n'existe que très imparfait, le D^r Legrain nous révèle les résultats d'une vaste enquête, menée auprès de toutes les préfectures et de tous les établissements d'aliénés, afin de savoir dans quelle mesure on avait en France recours aux sorties d'essai, et quels résultats elles permettraient d'aboutir au point de vue de la curabilité des aliénés qui en bénéficiaient.

La consultation des praticiens et directeurs d'asiles motiva de leur part 149 réponses, 120 venaient d'asiles publics, 29 des maisons de santé privées.

Cent-trente réponses ont été formulées par des médecins ou par des directeurs médecins. L'enquête presque

exclusivement médicale, a donc une très grande valeur.

Sur 120 réponses obtenues des asiles publics, 11 doivent être défalquées qui font double emploi avec celles des médecins, soit en tout 109 réponses.

A la question, faites-vous usage des sorties d'essai pour les aliénés convalescents, 96 médecins répondent affirmativement ; 13 ne les pratiquent pas ou ne veulent pas les pratiquer pour différentes raisons.

On peut, d'après ces données, conclure que les sorties d'essai sont d'un usage presque général dans toute la France.

Dans les maisons de santé particulières, l'essai est pratiqué dans une proportion moins élevée. Sur 29 réponses 10 ne sont pas favorables à la mesure.

L'explication de cette abstention s'explique pour plusieurs raisons :

1° Dans beaucoup de maisons privées, les familles ont tendance à retirer hâtivement leurs malades, dès les symptômes d'approche de la guérison.

2° Les placements directs s'effectuent en vertu d'une procédure si peu compliquée que la perspective d'une réintégration, après une sortie définitive suivie de rechute n'inquiète en rien les familles.

Quelle est la fréquence des sorties d'essai ?

C'est ici que les divergences commencent à apparaître ; (ce sera là matière à discussion dont nous aurons à faire notre profit).

14 médecins les emploient d'une façon intensive et presque systématique, 28 les indiquent comme fréquentes,

12 comme assez fréquentes. Soit un total de 54 réponses émanant de médecins résolus.

Par contre, dix-neuf questions sont restées sans réponse, sept médecins usant des sorties n'indiquent pas leur degré de fréquence, vingt-cinq n'y ont recours que rarement, deux très exceptionnellement soit en tout cinquante-trois hésitants.

Dans les asiles privés, pour huit médecins qui les emploient volontiers, dix-neuf négligent de s'en servir.

L'enquête porte également sur la durée des sorties provisoires, sur la fréquence de leur transformation en sorties définitives ; nous ferons au point voulu de notre thèse, figurer les données que comporte la réponse à ces questions.

L'une d'elles cependant demande qu'on rapporte en cet endroit même les diverses opinions qu'elle avait le dessein de solliciter. C'est la suivante : Êtes-vous partisan de la mesure ?

Sur 132 avis exprimés, 105 sont catégoriquement émis dans un sens favorable et l'on peut inférer que 105 médecins sont acquis à la méthode. Une vingtaine de voix votent contre. Le scrutin atteste l'indiscutable majorité des partisans de l'essai et donne gain de cause aux sorties provisoires.

Une dernière question s'imposait ; le pourquoi nous est donné par M. Legrain en cette phrase : « La pratique de la méthode peut avoir en elle-même certains « inconvénients et ces inconvénients pourraient être « assez gros pour que le législateur peu sensible à l'assistance généreuse des médecins se refusât à la sanc-

« tionner. » D'où l'utilité de cette question : « Quels inconvénients avez-vous pu en éprouver ? »

Cent-huit réponses sont parvenues à l'enquêteur ; 72 d'entre elles estiment qu'il n'y a que peu d'inconvénients ou qu'ils semblent insignifiants.

Les 36 autres en signalent dont l'importance est variable ; leurs griefs sont groupés sous quatre chefs :

1° Les inconvénients viennent des familles ;

2° Ils sont inhérents à l'attitude des familles au dehors ;

3° Ils sont relatifs aux malades eux-mêmes (suicide) ;

4° Ils sont encore relatifs à la tutelle.

Bien que n'opposant à la pratique que des obstacles assez frêles, ces inconvénients ne demandent pas moins à être pris en considération. Ils sont un juste frein à l'emploi irréfléchi que pourraient faire des sorties d'essai, des praticiens qu'une pareille enquête inciterait à s'éprendre exagérément d'une mesure unanimement appréciée.

En 1903, le Dr Hospital (1), commentant dans les *Annales Médico-Psychologiques* une communication que le préfet du Puy-de-Dôme adressait au directeur de Sainte-Marie (à Clermont-Ferrand), à propos de la réglementation des sorties d'essai, se complait à examiner de près la question. Après un rapide coup d'œil jeté sur la loi de 1838 et sur les réformes qu'on tenta d'y apporter, il regrette qu'elle n'ait pas auto-

1. Dr HOSPITAL, *Ann. méd. psych.*, 1903, 8^e S., t. XVIII, p. 593.

autorisé les sorties d'essai et il se demande par quelle circonstance le projet de loi de 1887 a été amené à incorporer dans son texte l'article 49, relatif « à l'emploi humain et curatif des sorties et congés d'essai ».

Il montre que les aliénistes de France « n'ont pas attendu une nouvelle loi pour user d'un moyen qui est à la fois concordant avec la thérapeutique mentale et l'altruisme ». Il cite les débats de la Société Médico-Psychologique, rappelle les dispositions dans des lois anglaises et écossaises ; fait ressortir qu'à la maison de Charenton, les médecins usent des sorties d'essai d'une façon pour ainsi dire systématique et cite à ce propos MM. Christian et Ritti.

Pour le Dr Hospital, une considération prime toutes les autres : c'est le souci de guérir le malade. Mais il est aux libérations provisoires d'autres avantages et non des moindres : elles sont le critérium de la guérison, aident les malades et les vieux internés à se réacclimater à la liberté. En terminant l'auteur se pose à lui-même cette question : « Y a-t-il inconvénient à user avec sagesse et expérience des sorties et congés ? » Oui, si le médecin n'y met pas tout le scrupule voulu. Non, si le praticien emploie tout son savoir et une prudence poussée jusqu'à la défiance de soi-même et des intéressés.

En 1903, M. André Lefèvre (1), étudie dans la *Revue de Paris*, les conditions les plus capables de favoriser la convalescence des aliénés. Le temps n'est plus ou

1. LEFÈVRE ANDRÉ, 1^{er} février 1903, p. 640.

Lasègue a pu dire avec une apparence de vérité que le fonctionnaire le plus important d'un asile était le portier. Le Dr Christian ne donnait-il pas, dans le passé, raison à Lasègue quand il écrivait : « L'asile cesse d'être la renfermerie et si j'ose dire la prison... ? » Il existe actuellement une thérapeutique mentale, imparfaite sans doute, mais s'honorant de progresser vers d'incessantes améliorations. Les sorties d'essai, non encore reconnues par la loi, alors qu'elles sont adoptées par certains pays d'Europe, sont un des plus puissants moyens d'action qu'on doive reconnaître aux aliénistes. Mais leur pratique doit s'entourer d'un luxe de précautions et de garanties indispensables pour pouvoir tirer du nouveau système tous les avantages qu'on est en droit d'en attendre : on ne devra confier les malades qu'à des aliénistes de carrière et faire en sorte que le rapport du nombre de médecins au nombre de malades diminue notablement. Dans un autre ordre d'idées il est nécessaire qu'une loi couvre la responsabilité du praticien.

Et puis, où trouverait-on motif à retarder la promulgation d'un article de loi qui autoriserait la mise en liberté provisoire : « S'il était vrai que la présence d'un « aliéné dans la rue puisse être un péril, la loi de 1838 « nous y exposerait déjà. Car enfin, on semble trop « oublier que cette loi tutélaire, qui défend les sorties « d'essai, autorise les congés en cours de traitement. « Or, si danger il y a, les permissions de courte durée « sont aussi dangereuses que les autres. » Plus dangereuses même, soutiendrons-nous avec le Dr Hospital,

surtout quand ces permissions s'étendent aux nuits ; le malade se comporte tout autrement la nuit que le jour et peut exposer sa famille et lui-même à des ennuis plus ou moins graves.

Au Congrès qui se tint à Bordeaux du 1^{er} au 7 juin 1903, le Dr Giraud (1), médecin-directeur de l'asile de Saint-Yon, apporte à la contribution de l'Assistance aux aliénés un travail des plus concis où il est amené à s'occuper des sorties d'essai. Après avoir fait le procès des quartiers de convalescence, que l'expérience a convaincus de porter offense à la théorie, il n'hésite pas à déclarer que les sorties provisoires lui apparaissent comme la mesure « capable de donner les meilleurs « résultats pour la convalescence des aliénés. » Son témoignage s'autorise d'une longue pratique des sorties d'essai, que l'estimable médecin de Saint-Yon a depuis longtemps reconnues efficaces. Elles sont devenues d'un usage courant dans le département de la Seine-Inférieure ; et en 1902, dans son service à Saint-Yon, cinquante-deux sorties ont été précédées d'un congé d'un mois. Médecin-adjoint à l'asile de Quatre-Mares, il en avait déjà reconnu les bons résultats et plus tard, directeur-médecin de l'asile de Fains, il les avait obtenues sans difficulté. L'auteur trouve intéressant de reproduire la courte discussion qui eut lieu au Conseil supérieur de l'Assistance publique, dans sa session de juin 1891, où l'on discuta les sorties d'essai. M. Bour-

1. Dr GIRAUD. Rapport au Congrès d'Assistance publique de Bordeaux en 1903, vol. III, p. 298, 1904.

neville, rapporteur, fait observer qu'aucun inconvénient n'a résulté de cette pratique et que l'article 46 ne fait que mettre dans la loi ce qui est déjà en usage.

Au même Congrès, le Dr Antony Rodiet présente son rapport intitulé : *De l'assistance aux aliénés inof-fensifs convalescents et guéris* (1). Il met, dès l'abord, en fait, qu'au cours de la convalescence de la plupart des affections mentales « il se produit une période où
« le malade n'évolue pas plus vers la guérison que vers
« la chronicité. Si à cette époque de la maladie, il est
« possible de faire cesser l'internement pour rendre le
« convalescent à son milieu à titre d'essai, la tentative
« est souvent profitable. » Du reste, on n'en est pas à inaugurer une telle pratique, qui a déjà donné des preuves ; elle a pour effet, outre ses avantages curatifs, d'annihiler le gros obstacle à la sortie des malades d'asiles : l'abandon que lui inflige sa famille. D'autre part, elle trouve son application dans la mise en liberté des alcooliques qui, tenus sous la menace d'une prompte réintégration au moindre écart, se contraindraient à plus de sobriété.

S'il y a des inconvénients à cette manière de faire, ils seront d'autant moindres que l'examen du médecin aura été plus sévère. Une connaissance approfondie des malades est le plus sûr garant de succès de cette méthode, dont on requiert les bons offices dans la plus

1. II^e CONGRÈS NATIONAL d'Assistance publique et de Bienfaisance privée. Bordeaux. Du 1^{er} au 7 juin 1903, vol. III, p. 333, et *Revue Philanthropique*, n^o 80, 10 décembre 1903.

large mesure, à l'asile de Montdevergues où le Dr Pichet le premier l'a instituée.

En 1904, on peut lire dans les *Annales médico-psychologiques* un article très documenté du Dr Cullerre (1) sur le « no restraint et l'open-door » tels qu'on les conçoit aux États-Unis d'Amérique.

L'auteur déplore que l'usage des sorties d'essai ne soit pas plus répandu dans notre pays où « la loi ne les autorise pas expressément et où certaines administrations préfectorales s'y opposent même d'une façon « formelle ».

M. Xavier Francotte (2), en 1906, sous le titre : « Le traitement avant et après la folie confirmée, » tient à présenter quelques considérations qui se rattachent à une question étudiée par M. Peeters dans une communication antérieure à l'Académie Royale de médecine de Belgique: le traitement de la folie en dehors des asiles. Au regard de l'auteur, les sorties d'essai constituent une mesure excellente à plus d'un titre: elles facilitent la sortie des malades, éprouvent leur résistance aux contrariétés de la vie commune et dans certains cas vont au-devant de la guérison.

Cependant que les praticiens, prenant bravement leur parti, ne laissent perdre aucune occasion de témoigner aux malades leur sollicitude sans seconde,

1. Dr CULLERRE. Documents d'outre-mer no restraint et open-door. *Annales méd.-psych.*, 1904, t. XIX, p. 425.

2. X. FRANCOTTE. *Bull. Acad. Roy. méd. Belgique*, 31 mars 1906.

au sein d'une atmosphère lourde de responsabilités et s'accordaient à interpréter les règlements dans le sens le plus large et le plus généreux, un vent de réformes soufflait tant au Sénat qu'à la Chambre des députés, emportant la discussion vers le traitement des aliénés et les modifications souhaitables à la loi de 1848.

Aucune satisfaction légale n'est cependant venue sanctionner un état de choses acquis à l'expérience, et, à défaut de cette consécration vainement attendue, nous ne pourrions enregistrer ici que les vœux des Sociétés et des Congrès et rapporter les projets de loi successivement présentés aux deux Chambres.

Ainsi qu'il apparaît à certains auteurs, on peut voir dans le règlement général du 20 mars 1857, un acheminement vers les sorties d'essai. Il faut cependant convenir que c'est là un artifice d'interprétation. Il s'agit, en effet, des permissions ou congés de distraction, que nous avons montrés dans leur essence bien différents des sorties provisoires.

En 1870, un projet de réforme présenté à la Chambre par MM. Gambetta et Magnin, ne comporte parmi ses quatre-vingt-deux articles aucune allusion à la mesure qui nous préoccupe.

Il faut en arriver à 1884 pour voir lancer en ce sens une nouvelle tentative. Le projet Roussel, le seul qui ait été discuté et adopté, est le seul qui légifère sur la matière, conjointement avec le projet présenté par le Gouvernement. L'article 51 prévoit les sorties à titre d'essai. Les médecins sont autorisés à les accorder pour une durée qui n'excèdera pas un mois ; au-delà de ce

terme, c'est le préfet qui a seul qualité pour les autoriser, après avoir pris l'avis d'une commission permanente. En toute circonstance avis en est donné au procureur et au maire. C'est à ce dernier qu'échoit le soin de réintégrer le libéré conditionnel en cas de rechute.

Le Sénat, supprimant l'avis de la commission permanente, lui substitue l'avis d'un médecin inspecteur.

Le projet de loi tendant à la révision de la loi du 30 juin 1848 réglemente les sorties d'essai dans le texte suivant, adopté par le Sénat le 14 décembre 1886 et le 11 mars 1887 (1).

Art. 49. — Les médecins des établissements autres que ceux mentionnés à l'article 38 (aliénés criminels) peuvent, à titre d'essai, autoriser la sortie des malades pour la durée d'un mois.

Les sorties de plus d'un mois doivent être autorisées par le préfet, après avis du médecin inspecteur. Mention de ces mesures est faite sur le registre prescrit par l'article 21 et notification en est adressée au préfet, au procureur de la République et au maire de la commune.

Ce dernier, en cas de rechute du malade pendant son congé doit veiller à sa prompte réintégration dans l'asile.

Le projet de refonte Roussel a été présenté à la Chambre des députés le 24 juin 1887.

En 1890, un projet Bourneville se borne à reproduire les dispositions précédemment adoptées par le Sénat.

1. *Ann. méd. psych.* 1886, t. VI, p. 261.

L'année suivante, le D^r Ernest Lafont, dans son rapport au nom de la Commission chargée d'examiner la proposition de loi que M. Joseph Reinach avait déposée à la chambre en 1890, reprend purement et simplement la rédaction votée par le Sénat.

En 1893-1894, MM. Reinach et Lafont, remettant à nouveau leur projet sur le métier, reproduisent le même texte, sauf quelques modifications ; ils simplifient la procédure des sorties d'essai, en supprimant l'avis du médecin inspecteur.

Le dernier projet qui ait été déposé est celui de M. Dubief. Il date de 1898. Les sorties d'essai y sont conditionnées comme dans le projet Reinach et Lafont. Un paragraphe cependant y est ajouté, qui, à lui seul, innove véritablement une thèse. Le voici, proposé dans les termes suivants :

« Art. 51. — Les médecins des établissements autres que
« ceux mentionnés aux articles 36 et 39 peuvent, pour la durée
« d'un mois, autoriser la sortie à titre d'essai, des malades, à
« l'exception des condamnés reconnus aliénés et des aliénés cri-
« minels. »

« Les sorties de plus d'un mois doivent être autorisées par
« le Préfet.

« Mention de ces mesures est faite sur les registres prescrits
« par l'article 20 et notification en est adressée au Préfet,
« au Procureur de la République et au maire de la com-
« mune.

« Ce dernier, en cas de rechute du malade pendant son
« congé, doit veiller à sa prompte réintégration dans l'asile.

« Une subvention qui n'excédera pas le prix de journée
« payé à l'asile, pourra être accordée sur le budget de l'éta-
« blissement à tout malade pendant la sortie provisoire. »

Dans ce dernier paragraphe git l'innovation, mesure d'assistance à la fois et de prophylaxie : assurant au malade des moyens d'existence durant sa convalescence, elle prévient la rechute que le souci du pain à gagner amène presque invariablement. M. Dubief, lui-même fait suivre sa proposition d'un commentaire qu'il n'est pas inutile de relater ici :

L'article 50 règle les sorties définitives comme l'avait fait le Sénat ; l'article 51 donne aux médecins le droit d'autoriser, pour les malades qui ne sont pas dans les catégories prévues aux articles 36 et 37, des sorties d'essai d'une durée d'un mois et plus avec l'autorisation préfectorale.

Mais pour que cette prescription ne soit pas lettre morte et pour qu'elle n'aille pas à l'encontre du but que l'on se propose, nous avons permis d'attribuer au dehors, à certains malades en congé d'essai, une allocation qui pourra varier suivant les cas, sans dépasser jamais le prix de la journée de l'Asile.

Un aliéné, qui pourrait retirer un très grand bénéfice d'une sortie d'essai, n'en pourra pas profiter souvent, s'il n'a pas la vie assurée au dehors et si certains soins restés nécessaires ne peuvent pas lui être donnés. C'est à rendre ces sorties possibles et profitables que tend notre article de loi.

En 1891, le Conseil supérieur de l'Assistance publi-

que, discute un projet de loi qui tendait à reviser la loi de 1838. M. Bourneville en était le rapporteur. Le projet reste muet sur les sorties d'essai, que les projets antérieurs n'avaient cependant pas négligé de mentionner. Cet oubli ne manqua pas d'être réparé quelques années plus tard.

En 1898, le D^r Legrain termine son rapport sur la convalescence des aliénés, par les conclusions suivantes formulées pour la discussion en séance du conseil supérieur de l'Assistance publique.

Art. 3. — Au cours de la convalescence, les sorties pourront être ordonnées dans les termes prévus à l'article 23 (loi de 1838), dès que la guérison sera survenue).

Mais en outre, et même avant guérison, le médecin pourra recourir à des sorties d'essai dans les conditions précisées aux articles suivants.

Art. 4. — Dès que la sortie avant guérison aura été décidée, le médecin en fera mention au registre prévu à l'article 12. Un certificat motivé sera adressé au préfet, qui statuera sans délai.

Si la sortie avant guérison est autorisée, le préfet rapportera son arrêté de placement et lui substituera un autre arrêté plaçant le convalescent en situation de simple hospitalisé ou de convalescent libre.

Pour les malades placés à titre volontaire, en vertu de l'article 8 de la loi, simple avis de la sortie d'essai sera donné au préfet.

Art. 5. — La durée de la sortie d'essai ne devra pas excéder deux mois. A l'expiration, la défalcation est d'office et les frais d'entretien sont arrêtés.

Art. 6. — Pendant la durée de la sortie d'essai, le convalescent recouvre l'usage de sa liberté ; il rentre dans l'établissement et en sort à volonté, sous les conditions prescrites dans un règlement intérieur. Il peut aussi rester au milieu des siens.

Art. 7. — Pendant le même laps de temps, les réinternements pourront être opérés par un simple retour à l'asile. En ce cas le médecin établit un certificat, concluant à la nécessité de continuer le traitement et le préfet prendra un nouvel arrêté d'internement.

Passé le délai de la sortie d'essai, les réinternements sont soumis aux prescriptions ordinaires de la loi.

Art. 8. — Dans chaque commune, il est formé par les soins du Conseil municipal une commission des aliénés. Ses attributions consistent à entourer de soins les aliénés en situation de sortie d'essai, ou de congé en cours de traitement, à les surveiller, à faciliter leur réintégration en cas de nécessité, à surveiller l'emploi des allocations en argent accordées par l'asile pendant la période de liberté. Elle prendra, en général, toutes les mesures favorables à la guérison définitive de l'aliéné et à son maintien dans la vie libre.

Après avoir entendu ledit rapport et discuté ses conclusions au cours des séances des 15 et 22 mars 1902, la quatrième section a limité ses décisions à l'adoption de quatre vœux. Les conclusions primitives du rapport en ce qui concerne les sortes d'essai, sont réduites à ce seul vœu.

« II. — Il est souhaitable que les administrations
« locales et les médecins s'inspirant d'une pratique tout
« officieuse, mais qui tend à se généraliser, fassent

« l'emploi des sorties d'essai et des congés dans la
« plus large mesure possible. »

Les 11 et 12 juin 1902, le Conseil supérieur de l'Assistance publique tient sa session ordinaire au Ministère de l'Intérieur sous la présidence de M. Théophile Roussel.

Au nom de la section, M. Legrain, rapporteur, y présente un vœu ayant pour objet, « la recommanda-
« tion aux administrations locales et aux médecins
« d'user dans la plus large mesure possible en faveur
« des aliénés des sorties d'essai et congés ».

Ce projet que M. Legrain fait suivre d'un exposé des raisons qui militent en sa faveur, est appuyé par MM. Briand, Drouineau et Lande.

MM. Augagneur et Lefèvre présentent de leur côté un contre-projet ; les sorties d'essai y sont également recommandées, mais différemment organisées dans leur fonctionnement.

M. Bérenger s'élève contre un tel sentimentalisme qui n'a rien à faire avec la question d'internement. Les gens sains d'esprit sont autrement intéressants que les fous ; ceux-ci constituent une minorité négligeable : ce sont les premiers qu'il faut protéger et rassurer.

Malgré ce réquisitoire, le contre-projet de M. Lefèvre, mis aux voix, est adopté.

En vue de faciliter le retour des aliénés guéris à la vie libre, le Conseil supérieur de l'Assistance publique émet le vœux suivants :

1° Dans les établissements destinés au traitement des aliénés, il doit être créé des quartiers de convalescents

où les malades jouiront d'un régime spécial et d'une liberté spéciale réglés par le médecin ;

2° Les aliénés convalescents pourront, dans les conditions déterminées au paragraphe 4, bénéficier des sorties d'essai ;

3° Les malades seront, soit confiés à leur famille, soit placés dans des familles désignées par l'Administration.

Dans l'un comme dans l'autre cas, ils seront soumis à la surveillance des autorités municipales et à des visites de médecins inspecteurs désignés par l'Administration.

Avis sera donné au parquet.

4° La sortie d'essai sera prononcée par le préfet sur avis du médecin traitant et du médecin inspecteur qui sera chargé de visiter le convalescent pendant la durée de sa convalescence ;

5° Le Conseil émet le vœu que l'on donne à l'aliéné convalescent, pendant la période qui sépare la sortie provisoire de la sortie définitive, une condition juridique analogue à celle du mineur émancipé. »

En fin de discussion du rapport Rodiet, en 1903, au Congrès d'assistance de Bordeaux, le Dr Doutrebente demande au Congrès d'émettre un vœu tendant à dégager la responsabilité des médecins aliénistes, qui tous ou presque tous font l'expérience des sorties d'essai.

Le Dr Giraud n'en demande pas autant. Il limite son désir à ce qu'une loi détermine les conditions des sorties d'essai, « les aliénistes étant soumis à la responsabilité de droit commun ».

Après une observation de M. Rodet, objectant la non

possibilité du législateur de se rallier à l'avis du Dr Doutrebente, les D^{rs} Giraud et Doutrebente présentent les vœux suivants, adoptés à l'unanimité.

Le congrès émet le vœu.

I. — Que les aliénés convalescents puissent sortir à titre d'essai.

II. — Que ces sorties soient réglées par une disposition législative.

LES SORTIES D'ESSAI A L'ÉTRANGER

Cet aperçu historique suffit à nous montrer que si le législateur de 1838 a fait une œuvre sage et salubre, diverses situations nouvelles, diverses nécessités lui ont échappé qui s'imposent à notre considération. L'usage a montré quelles lacunes devaient être comblées, quels perfectionnements devaient être apportés à la loi primitive ; le désir d'améliorations tant souhaitées n'a cependant abouti qu'à la confection de successifs projets, vœux que nous ne voulons pas craindre stériles, qui moisissent, épris d'un meilleur sort, dans les cartons des ministères. Si nous jetons les yeux autour de nous, il nous faudra, une fois de plus constater, que certaines nations d'Europe nous ont devancé dans cette voie des réformes humanitaires. Les législations de ces puissances, régularisant les sorties d'essai, ont eu le souci de couvrir par des mesures officielles les responsabilités paralysantes, entraves aux meilleures volontés.

En Angleterre, patrie de l'open-door et du no-restraint

le médecin peut donner des permissions de quarante-huit heures et les Commissionners of lunacy qui constituent pour ainsi dire le bureau central des aliénés peuvent accorder aux convalescents des congés d'une durée illimitée autant qu'indéfiniment prolongeables.

En 1896, au Congrès de Nancy, le D^r Rouby, rapportait de sa visite à l'asile de Bethlem à Londres, d'utiles renseignements, matériaux indispensables à ceux qui s'occupent des améliorations de la loi de 1833.

« Actuellement, écrivait-il, les malades idiots ou déments sortent au dehors avec leurs parents à qui le D^r Smith Percy, les confie. Un autre est conduit, chaque mardi, dans sa famille, à 8 heures du matin et ne rentre le soir que vers 9 heures... Des malades atteints de délire de persécution au premier degré, mais étrangers à la ville, sortent chaque jour non accompagnés pour faire une promenade de deux ou trois heures dans les environs. Le frère d'une photique qui habite loin, et ne peut venir voir sa sœur qu'une fois par an, arrive le matin, passe la journée avec elle; ses visites durent parfois cinq à six jours consécutifs. »

Faut-il avec le D^r Hospital émettre cette réflexion que ces congés équivalent à des sorties d'essai? Leur courte durée ne semble pas devoir nous autoriser à en juger ainsi; il est vrai que toute la question est de savoir en quel esprit le médecin use de ces congés. Nous inclinons volontiers à croire qu'il s'agit ici de congés de distraction.

Le système des libérations provisoires est cependant

fort en honneur en Angleterre. En 1875, les inspecteurs généraux pour l'Angleterre insistent sur les avantages d'un changement de résidence pour les aliénés à envoyer au bord de la mer pendant un temps plus ou moins long, système d'ailleurs sanctionné par la loi. Les convalescents en retirent souvent un bénéfice considérable. En 1875, 819 malades ont obtenu de semblables autorisations, soit pour des raisons de santé, soit comme essai de sortie, tandis qu'en 1865, le nombre en avait été de 492 seulement (1).

La législation écossaise comporte des statuts spéciaux qui datent de 1862. Ces statuts diffèrent de la législation anglaise, notamment en ce qui concerne les placements et les sorties. Sur la demande des personnes qui ont provoqué la séquestration de l'aliéné, ou à leur défaut, sur celle de son parent le plus proche, ou pour les « paupers lunatics » (indigents aliénés), le général board of commissioners in lunacy for Scotland (le conseil général des inspecteurs d'aliénés pour l'Écosse) a qualité pour, sans le concours du shérif, ordonner des sorties à titre d'essai ; s'il n'y a pas de rechute, la sortie devient définitive ; s'il devient nécessaire de reintégrer l'aliéné, il peut l'être sans un nouvel ordre du shérif, mais en remplissant toutes les autres formalités.

Tout pauper lunatic mis en liberté pour essai reste

1. Rapport des inspecteurs généraux pour le service des aliénés en Angleterre, en Écosse et en Irlande, résumé par le Dr DUMESNIL. In *Ann. méd. Psych.*, 1877, t. XVII, p. 272.

soumis à l'inspection des commissioners. Il doit être maintenu sur la liste des pauvres de la paroisse et recevoir ce qui lui est nécessaire pour satisfaire aux conditions d'essai, jusqu'à ce que le terme fixé pour l'essai soit expiré à moins d'une décision contraire du Général Board. Ce dernier peut accorder aux convalescents des congés qui sont prolongeables jusqu'aux limites d'une année.

On voit que la loi écossaise a trouvé chez nous son écho dans le projet Dubief, qui, lui aussi, prévoit l'assurance aux malades de moyens d'existence. En France, c'est le budget de l'établissement qui subvient à de tels secours. En Écosse et en Angleterre, c'est le bureau paroissial qui se charge des frais d'entretien du malade à domicile.

Si nous poursuivons, à travers les législations étrangères, notre enquête sur les sorties d'essai, nous les voyons adoptées encore par un pays de race anglo-saxonne. Dans les vastes établissements des États-Unis, abritant des peuples de malades, les médecins pratiquent depuis longtemps les sorties « sur parole ». Certains malades ont la faculté de regagner leur foyers pendant une période plus ou moins longue.

« De nombreux aliénés sont ainsi absents des asiles ;
« en 1901, écrit M. Cullerre (1), 46 malades avaient
« quitté l'asile sur parole et s'en étaient retournés chez

1. CULLERRE. Documents d'outre-mer. No restraint et open-door
Ann. méd. psych., 1904, t. XIX, p. 425.

« eux. A Danville, il y en avait 12, 110 à Norristown et 5
« à Warren...

« Il s'agit là en définitive d'une mesure analogue à
« nos sorties à titre d'essai... Aux États-Unis ces sorties
« provisoires ont un caractère légal... »

Le Grand-Duché de Bade a vu se fonder à Illenau, en 1866, un établissement public qui ne tarda pas à acquérir une importance considérable. Un simple statut régit cet asile dont les dispositions capitales sont des plus intéressantes.

Le mode de sortie est tout autre que celui des autres législations. Une règle générale veut qu'elles soient provisoires et à titre d'essai. Voici quel est, presque intégralement formulé, le texte de ce statut :

« Tout aliéné guéri ou dont la situation est suffisamment améliorée, ou tout aliéné renfermé comme dangereux reconnu ou devenu inoffensif, doit sortir provisoirement à titre d'essai. Le Directeur est déclaré responsable s'il garde un aliéné plus longtemps que cela n'est nécessaire. Les parents ou la commune dès que la Direction les a prévenus que les aliénés peuvent être retirés, doivent les reprendre. Au moment de la sortie la Direction prescrit le traitement que l'aliéné libéré provisoirement devra suivre. Il en est donné avis au bourgmestre et à l'ecclésiastique de la commune de la résidence de l'aliéné, ainsi qu'à la Société de secours pour les aliénés, s'il en existe une, et ils doivent veiller à ce que ce traitement soit suivi.

Les parents de l'aliéné ou la personne chez laquelle il est placé doivent adresser à la Direction un rapport

sur la situation après l'expiration des quatres premières semaines et ensuite de trois mois en trois mois, en y joignant un certificat du médecin de la commune, si la Direction a cru devoir l'exiger. Après quatre rapports, s'il y a lieu, il est donné au patient un congé définitif où l'essai peut être prorogé d'un an. S'il devient nécessaire de réintégrer l'aliéné libéré, il doit être procédé comme pour la première admission (4 certificats) (1).

En 1896, le projet de loi fédéral suisse sur les aliénés, résultat des délibérations de la Société des aliénistes suisse, est aussi rédigé en ce qui concerne les sorties d'essai (2).

« Titre III.

« Art. 31. — Le Département de Justice et de Police
« pourra autoriser la sortie provisoire d'un aliéné ; s'il
« n'y a pas lieu de réintégrer le malade dans le mois
« de sa sortie, celle-ci devient définitive.

« En cas de réintégration dans le mois de la sortie
« provisoire, il y est procédé sans formalité autre que
« l'avis donné au Département de Justice et de Police,
« dans les vingt-quatre heures, par le Directeur de
« l'Asile où s'opère la réintégration.

La procédure est ici réduite à sa plus simple expression. La sortie d'essai n'est en rien gênée, dans son libre fonctionnement par les impedimenta administratifs.

L'Empire ottoman, dans sa loi, concernant le régime

1. BERTRAND ERNEST. *Loi sur les Aliénés*. Paris, 1872.

2. *Ann. Méd. Psych.*, 1896, 8 sér., t. III, p. 402.

des aliénés, a voulu introduire le principe des sorties à titre d'essai. En effet, on peut y lire au chapitre II, l'article 11 ainsi présenté (1) :

« Dans l'intérêt du malade et avant même que la guérison soit effectuée, le médecin d'asile pourra permettre et même demander des sorties à titre d'essai, à la condition cependant que toutes les mesures soient prises pour que cette sortie ne puisse être dangereuse ni pour la société, ni pour le malade lui-même. »

La précédente loi, acceptée par le Conseil d'État a été sanctionnée par un décret impérial en date du 10-22 mars 1876.

En Belgique, l'article 52 du règlement organique de 1874 prévoit les sorties par essai. « Le médecin peut du consentement écrit de l'autorité ou de la personne qui a provoqué la séquestration, permettre, à titre d'essai, le déplacement temporaire de l'aliéné ou son renvoi temporaire dans sa famille.

M. Xavier Francotte (2) commentent le règlement belge « fait remarquer que le règlement de 1876 a « négligé d'organiser l'essai : la durée en est indéterminée. Est-ce un mois, est-ce six mois, est-ce un an ? « Personne ne le sait.

« Le règlement n'assigne aucune sanction à l'épreuve. « C'est presque exclusivement du bon plaisir de l'entourage qu'il dépend de décider si elle a réussi ou

1. *Ann. méd. Psych.*, 1877, t. XVII, p. 207.

2. XAVIER FRANCOTTE. *Bulletin de l'Académie royale de méd. de Belgique*, 31 mars 1906.

« non, si le sujet doit être maintenu en liberté et
« ramené à l'asile. »

Dans la loi belge, l'aliéné sorti d'un asile et confié à sa famille est considéré comme soumis à la surveillance des autorités ; mais en fait « la surveillance par les autorités, poursuit M. Xavier Francotte, n'existe, si je
« suis bien informé, qu'à l'état rudimentaire.

« Régulièrement, le médecin qui a institué l'épreuve
« n'exerce point de contrôle sur celle-ci. Du reste,
« étant donné l'extension qu'a reçue la sortie par essai,
« il n'aurait pas le loisir de se livrer à ce contrôle. »

Comme il est permis de le constater ici, la loi belge de 1874 n'est pas exempte de défauts. Dans le dessein de remédier à ce qu'elle a de vague et d'indéterminé, le professeur X. Francotte voudrait que la loi reconnût formellement les sorties d'essai, en les considérant surtout comme une mesure thérapeutique. La proposition suivante résume son vœu :

« Afin d'écarter toute contestation, il faudrait que la
« loi autorisât formellement la sortie par essai.

« Ce mode de sortie serait une véritable épreuve
« dont le médecin réglerait la durée et les conditions ;
« elle aboutirait, soit à la réintégration, soit à la libération définitive. »

Chapitre III

AVANTAGES QU'OFFRENT LES SORTIES D'ESSAI

Les avantages offerts par les sorties à titre d'essai n'ont pas semblé discutables à la majorité des auteurs que nous venons de citer.

Pour quelques réfractaires, combien de partisans et, disons le mot, combien d'enthousiastes ! Il suffit de parcourir les documents annexés au rapport du D^r Legrain au Conseil supérieur de l'Assistance publique en 1902 pour s'en bien rendre compte ; les approbations succèdent sur toute la longueur de l'enquête aux appréciations les plus favorables. « C'est une mesure nécessaire », disent les uns, « on ne saurait s'en passer », attestent les autres, et cela pour bien des raisons qui trouvent en cette partie de notre ouvrage le lieu de leur exposé.

§ 1. — Une considération qui prime toutes les autres et devant laquelle toutes les autres doivent s'incliner, c'est, pour l'aliéniste le souci constant de conduire son

malade à la guérison. Comme nous l'avons dit plus haut, le praticien d'asile ne doit accorder une sortie d'essai que dans l'intention de servir la cause du traitement, à titre curatif en un mot. Pour ce faire, la sortie d'essai (l'usage en a convaincu les aliénistes) s'offre à lui comme un moyen thérapeutique dont il peut tirer le meilleur parti. Comment agit-elle ? par quelle mécanique influence-t-elle le malade ? On peut supposer qu'elle sollicite plus ou moins directement les divers facteurs de la guérison.

Est-il besoin d'insister sur ce qu'a de pénible pour un convalescent la promiscuité des aliénés ? Beaucoup vont jusqu'à prétendre que c'est là une condition nuisible au rétablissement de la santé mentale. Aussi, pourquoi ne pas recourir, dès que l'asile a produit tout son effet, à l'emploi humain de la sortie d'essai ? Il ne faut pas perdre de vue que les aliénés « ont été élevés par Pinel à la dignité de malades » (1) ; le temps n'est plus des chaînes, des cadenas et des grilles de fer. La conception qui voulait que les aliénés fussent traités comme des criminels nous apparaît aujourd'hui comme une atroce aberration. Internés en vertu des lois protectrices, ils puisent dans le repos de l'asile les premiers éléments de leur guérison. Quand ce traitement s'est exprimé jusqu'à son dernier bienfait, l'asile n'a plus pour eux sa raison d'être ; on conçoit même qu'il puisse ne pas être indifférent d'y tenir plus longtemps enfermés, des malades dépouillés des tendances

1. RITTI. *Hist. des travaux de la Soc. méd. psych.*, 1902.

égocentriques, des préoccupations égoïstes qui les isolaient si parfaitement au début de leur affection.

A cet égard, quelle heureuse disposition que la sortie d'essai, qui fait concorder en une si belle harmonie le point de vue humanitaire et l'intérêt du malade lui-même !

Trouvant chez lui des distractions, des soins, des espérances qui ne pouvaient lui être données à l'asile, entouré de la sollicitude de ses proches, dûment avertis par le médecin des précautions à prendre, ce malade peu à peu reprend son équilibre mental.

Une autre considération est de nature à le maintenir puissamment dans la bonne voie : il a toujours présent à l'esprit qu'il n'est dehors qu'à titre provisoire, qu'il est en quelque sorte relié à l'asile par un invisible fil, qu'au moindre écart, c'est à nouveau l'internement en dépit de ses récriminations.

Ainsi dominé par la représentation de son instable liberté, le convalescent en congé d'attente sent qu'il doit accepter une certaine surveillance, agréer les conseils qu'on lui donne et cela tout en ayant à reprendre une initiative pour assurer ses besoins. Se refaisant peu à peu à l'usage de la vie libre, on peut penser qu'il cherche dans une conduite irréprochable à mériter sa mise en liberté définitive. « Faisant des efforts sur lui-même
« pour se vaincre, écrit le Dr Hospital (1), il devient
« dès lors son propre et plus utile médecin. » C'est également l'avis du Dr Campbell (2) : « La sortie à titre

1. Dr HOSPITAL, in *Ann. méd. psych.*, 1903, t. XVIII, p. 53.

2. Dr CAMPBELL, *Mental science*, oct. 1875, p. 403.

« d'essai aide le malade à exercer son contrôle intime
« (self-control), car il est bien pénétré de cette idée
« qu'il n'est libre qu'à la condition de faire la preuve
« d'une conduite raisonnable. »

C'est ainsi que l'on a pu dire que les sorties provisoires préparaient la voie aux sorties définitives. Le rapport du D^r Legrain est du reste assez concluant à ce sujet. La plupart des opinions y sont ainsi exprimées : les sorties d'essai sont éminemment favorables à la guérison qu'elles hâtent dans une large mesure. Mais, plus que les simples appréciations, les chiffres et les faits ont une éloquence capable de nous fixer sur la valeur réelle de la méthode.

« Sur 102 opinions exprimées par les médecins qui
« pratiquent les sorties d'épreuve, 43 déclarent que
« ces sorties ont été rarement suivies de réintégration
« et que par conséquent la sortie définitive a couronné
« l'expérience en thèse générale. Dix-huit réponses sont
« encore plus favorables et emploient la formule « très
« nettement ». Ici, la sortie définitive a été en quelque
« sorte la règle. Plus précieuses sont les réponses qui
« fournissent les données numériques, en voici 31 :

Dans 4 asiles 1/10 de réintégration après sortie d'essai

— 4 —	1/7	—	—
— 3 —	1/6	—	—
— 5 —	1/5	—	—
— 5 —	1/4	—	—
— 4 —	1/3	—	—
— 1 —	1/2	—	—
— 4 —	2/3	—	—

Dans 1 la réintégration est la règle (1).

On peut se demander pourquoi de telles différences quant au résultat, après l'emploi d'une même mesure. Il s'agit, d'après l'étude du dossier de l'enquête, tantôt de congés trop courts, ne laissant pas à la guérison le temps de survenir ; tantôt, au contraire, de congés trop prolongés au cours desquels un malade, parfaitement guéri de l'accès dont la décroissance avait motivé la sortie, a pu voir son affection récidiver.

En 1903, M. André Lefèvre (2) reprenait tous ces chiffres et se livrait, dans la *Revue de Paris*, à un très intéressant travail de statistique.

Il résultait de ses recherches que 1758 essais avaient donné lieu à 391 réintégrations ; la proportion des insuccès, sans être négligeable, se réduisait à 22,25 0/0. « La sortie d'essai, concluait M. Lefèvre, donnerait « donc un puissant moyen d'action, en permettant de « modifier le traitement au moment psychologique. » L'épreuve a donc montré que la méthode donne, en général, de bons résultats et que beaucoup d'aliénés pouvaient en bénéficier, sans qu'on ait souvent lieu de craindre de trop nombreuses réintégrations.

Voyant même le succès dépasser leur espoir, certains auteurs, entr'autres le Dr Bonnet, médecin-chef à l'Asile de Saint-Robert, n'hésitaient pas à déclarer que cette mesure « provoque des guérisons inattendues », et qui,

1. Dr LEGRAIN. Rapport au cons. sup. de l'A. P. 1902, fasc. 87.

2. A. LEFÈVRE. *Revue de Paris*, 1^{er} fév. 1903, p. 640.

sans doute, ne seraient pas survenues *intra-muros*. L'une des observations du D^r Taguet, que nous reproduisons en notre ouvrage, ne peut qu'affermir l'autorité de ce témoignage.

M. Mahé (1), relatant en 1903, dans la *Revue philanthropique* les chiffres des guérisons et des améliorations de la Maison Nationale de Charenton pour l'année 1900, fait ressortir que le chiffre des améliorations (3,78 0 0) est d'autant plus significatif que la proportion ci-dessus indiquée porte sur la totalité des curables et des incurables. « J'ajouterai, écrit-il un peu plus loin, que
« les sorties par amélioration sont les résultats de sor-
« ties à l'essai préconisées par les médecins de la Mai-
« son Nationale pour parfaire la guérison des malades
« qui leur paraissent aptes à profiter d'une liberté sur-
« veillée et pour lesquels cette liberté sera un adju-
« vant précieux pour un retour complet à la santé.

Le D^r Clouston (2), prenant la parole après une communication du D^r J.-A. Campbell à l'Association médico-psychologique de Grande-Bretagne, tient à éclairer ses collègues sur les avantages des sorties d'essai ; il termine sur ces mots : « Je n'ai vu aucun désavantage
« particulier à cette manière de faire, il n'y a guère
« qu'un petit nombre de malades ainsi libérés qui
« reviennent à l'asile. »

Dans *l'American Journal of Insanity*, le D^r Lan-

1. E. MAHÉ. *Revue philanthropique*, 10 fév. 1903, n° 70.

2. Séance trimestr. de l'Ass. méd.-psych., tenue à Glasgow
In the Journal of mental Science, juillet 1875.

dor (1) se prononce d'une manière très absolue, en faveur des sorties provisoires à titre d'essai. Il donne un tableau statistique des cas de ce genre observés à l'asile de London (province d'Ontario, Canada) depuis qu'il est ouvert. Sur 114 malades sortis à titre provisoire, 15 ont été réintégrés avant l'expiration de leur congé et 93 ont été définitivement rayés des contrôles de l'asile. Sur les 15 réintégrations 7 ont été nécessitées par des rechutes, 2 par l'absence d'amélioration, 6 pour d'autres causes. Les 93 malades sortis se classent en 78 guéris et 15 améliorés. 6 sont encore dans leur période d'épreuve.

§ 2. — La facile réintégration de l'aliéné convalescent n'est pas la disposition la moins précieuse, ni la moins féconde que comporte la sortie d'épreuve ; et nous ne craignons pas de déclarer qu'elle est tout à l'avantage du malade, qui, indirectement, par une espèce de choc en retour, en tire le plus grand profit pour son rétablissement. Examinons-en les heureuses conséquences.

On ne saurait nier que les démarches nécessaires à obtenir l'internement d'un aliéné coûtent énormément à sa famille, effrayée par la multiplicité des ennuis et par le récit cent fois ressassé des circonstances pénibles qui l'ont acculée à la nécessité d'une telle demande. Aussi, bien souvent l'annonce de la guérison, faisant pressentir pour une date prochaine la conjoncture d'une sortie définitive, produit assez fréquemment sur les fa-

1. Dr LANDOR. Analyse d'un article paru dans le *American Journal of Insanity*, avril 1875, in *Ann. méd.-psych.* 1879, t. I, p. 155.

milles un effet désagréable, alors même qu'elles souhaitaient à leur malade un prompt retour à la santé. Bien que confiantes dans l'expérience du médecin traitant, le souvenir fidèle et tenace des jours vécus dans les transes, des longues heures d'appréhension, leur inspire des doutes inquiétants. On supplie le médecin d'y regarder de près ; qu'il remette à plus tard sa décision. Si le malade allait retomber à ses comportements d'autrefois, s'il allait à nouveau bouleverser la quiétude du foyer ! On entrevoit tous les dangers.

Le médecin, bien que persuadé de l'urgence et de l'à-propos de l'exeat définitif, a d'autre part des raisons de penser que la nouvelle vie du malade, présentée dans d'aussi déplorables conditions, sera, à bref délai, fatale au malheureux. Il cède, et ce faisant, recule d'autant la guérison, préférant encore ce retard à l'aggravation de la psychose. Tout bien examiné, l'aliéné sort meurtri de ce douloureux dilemme.

Des inconvénients d'une telle gravité n'ont plus l'occasion de se manifester, quand la sortie d'essai offre la possibilité d'y parer délibérément. Les appréhensions des familles, nuancées sans doute d'une pointe d'égoïsme, s'exagérant à mesure que s'approche le moment de la sortie, ne trouveront plus d'excuse à en retarder l'échéance, et ce sera sans doute un grand soulagement pour les aliénés placés d'office. Au cas où la réintégration deviendrait nécessaire, elles savent que toute la série des démarches leur sera épargnée ; plus de formalités comme pour le premier placement, plus de perte de temps, plus de pertes d'argent, outrant la gêne de

ces déshérités, plus de cette désobligeante publicité « qui irrite la famille et lèse sa réputation » (Hospital).

Il est encore une autre éventualité qui ne doit pas sembler indifférente. S'il arrive que l'état de santé d'un malade, sorti à titre définitif, loin de gagner à l'exeat ou de rester stationnaire soit à nouveau compromis, toujours en vertu de cette même crainte de ne pouvoir obtenir sans grande difficulté de la part des autorités locales le nouvel accomplissement des formalités du placement, les parents repoussent de jour ce qu'ils appellent « une corvée ». Pendant ce temps, tout le bénéfice du traitement récent sombre dans une aggravation de mauvais aloi, à côté de l'asile sauveur.

Il n'en est plus ainsi dès l'instant que les sorties temporaires sont venues servir d'épreuve.

Résumant les deux précédents paragraphes, nous dirons :

Mesure humanitaire et thérapeutique, les sorties d'essai contribuent grandement à hâter la guérison des aliénés convalescents ; elles encouragent les parents à s'occuper de leurs malades, qu'elles préservent du triste abandon, en facilitant leur réintégration en cas de rechute.

Par cette voie, elles luttent efficacement contre la chronicité et de leur usage habituel vient au médecin « une plus grande hardiesse à les pratiquer, ce qui » accroit sans conteste le nombre des sorties (1). »

1. D^r MALFILATRE. *In* Rapport LEGRAIN, 1902, fasc. 87, p. 168.

§ 3. — Mais là n'est pas la seule utilité des sorties d'essai ; nous voulons nous attacher maintenant à en faire apprécier la valeur pronostique.

Il n'y a pas, en pathologie mentale, de critérium de la guérison, ce qui revient à dire qu'il est très aléatoire au médecin de décréter qu'un aliéné est guéri, même médicalement. Dans le moment même où il pense à proposer l'exeat, le praticien est saisi de doute. Il hésite à prendre une décision, car il a conscience qu'il n'a pas en sa possession les moyens d'affirmer que cette guérison sera franche et durable.

M. Dagonet (1) nous fait toucher du doigt la difficulté du problème : « ...en ce qui concerne la guérison, on
« s'est demandé bien des fois quels en sont les carac-
« tères et à quel moment on peut et on doit la cons-
« tater ; la cessation d'un accès de manie intermittente,
« la rémission d'un état hallucinatoire, la succession du
« calme à l'agitation, sont, dans bien des cas, des
« signes trompeurs auxquels on a souvent regret de
« s'être laissé prendre. La réapparition prochaine des
« accidents prouve peu après que la disposition mor-
« bide ne faisait que sommeiller et que le malade était
« à peine entré dans la période de convalescence...
« L'expérience nous apprend chaque jour qu'il y a une
« grande distance entre la cessation du délire et le
« retour du malade à la raison. »

Un tel avertissement nous fait dès l'abord envisager la difficulté de formuler un pronostic médical. Une autre

1. D^r DAGONET. *Traité des mal. mentales*, 1862.

surgit à côté, non moins sérieuse qui acclimate l'indécision dans l'esprit de l'aliéniste. Deux facteurs s'associent pour former la folie : le malade et le social, indissolublement unis, mais qui se présentent à nos investigations sous des aspects particuliers à chacun d'eux. Le malade nous est déjà connu ; quant au facteur social, agrégat des circonstances mêmes qui ont été les causes principales de l'affection mentale, nous l'ignorons presque totalement. Peut-être avons-nous pu le soupçonner, l'entr'apercevoir à travers les déclarations suspectes du malade, les réticences défiantes de ses proches, les renseignements tronqués, volontairement inexacts ou contradictoires qu'on essaya, si j'ose dire, de conquérir sur la famille. Mais quelle vague et fugace impression ! Quelle information rudimentaire ! La grosse inconnue du problème nous reste cachée : « Ce bouillon de culture où l'aliéné a pris naissance, » déplorait le D^r Legrain, le médecin l'ignore, il n'a pu le scruter, il ne peut s'y fier ; il a tout au contraire « pour s'en méfier. La seule pierre de touche de la « résistance de son sujet lui a manqué. » Cette pierre de touche se trouve à la portée de notre main, c'est la sortie d'essai.

De même qu'une injection de tuberculine, pratiquée chez un individu suspecté de bacillose, déclenche dans son organisme la présence de foyers latents, de même la sortie provisoire d'épreuve, remplaçant l'aliéné dans le milieu des excitations extérieures, réveillera chez lui jusqu'à l'évidence les manifestations d'une folie en sommeil.

Elle aura, d'autre part, le mérite de mettre en déroute les facultés dissimulatrices de certains aliénés. « Ne sait-on pas aussi, écrivait le Dr Dagonet (1), nous « n'avons pas l'intention d'en aller chercher les nom-
« breuses preuves scientifiques, qu'il y a des individus
« parfaitement aliénés et qui sont assez maîtres d'eux-
« mêmes pour en imposer et cacher leur folie aux
« yeux de ceux qui les observent ; ce sont quelquefois
« les malades les plus dangereux. »

La dissimulation est du reste assez facile, au sein de l'existence calme des asiles, exempte de vicissitudes et nous savons qu'il est chez les aliénés des dissimulateurs d'une merveilleuse habileté. Leur défiance vis-à-vis de ceux qui les observent, est un perpétuel aiguillon à leur attention. Ils savent, après une phrase imprudente se ressaisir et tromper ainsi la perspicacité du praticien. Qu'on les soumette à la sortie d'essai ; ils ne tarderont pas à céder aux sollicitations de l'ambiance.

D'autre part, on ne peut conclure d'un malade à un autre, d'une guérison à une autre. Deux mélancoliques, deux maniaques ne se présentent pas, lors de leur rétablissement sous le même aspect. Autant de formes mentales, autant d'espèces de guérisons. C'est le cas de rééditer l'aphorisme fameux : « Il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades », qui, en médecine mentale, trouve son application la plus justifiée.

Où donc est le criterium de la guérison ? Où se réfugie-t-il ? C'est encore la sortie d'essai qui s'offre à nous

1. DAGONET, Réformes à introduire dans la loi de 1838. 1891.

le livrer ; nouvel avantage dont profite le médecin, mais qui fait en définitive retour au malade.

Le médecin cependant n'aura garde de laisser échapper ce que la mesure lui réserve de bon. Si on lui reconnaît le devoir de soigner ses malades, si l'on s'accorde à trouver tout naturel le souci qui le tient de protéger l'aliéné et la société, n'y a-t-il pas lieu de souhaiter un allègement à sa tâche ? Il trouvera dans la sortie d'essai un palliatif à ses tracas de chaque jour. Écoutons ce qu'en pense le D^r Hospital : « La proposition d'essai préalable permet à l'aliéniste d'être
« moins affirmatif, (ce qui est très excusable sur une
« question où l'affirmative ne peut être que contingente),
« amoindrit sa responsabilité qui est déjà assez écrasante comme cela, et l'abrite, en partie du moins,
« des tribulations qui, de ce chef, peuvent l'atteindre ;
« n'est-ce pas assez que journallement sa vie, ses intérêts, soient menacés... Sevrer les aliénistes d'asiles
« de l'usage de sorties et congés temporaires, c'est en-
« traver inutilement la pratique de leur art, nuire au
« rétablissement de beaucoup de malades et compliquer les choses sans profit pour personne. »

§ 4. — A côté des avantages majeurs que nous venons de signaler, il en est de secondaires, dont l'importance mérite néanmoins d'être soulignée.

Les sorties provisoires sont une mesure économique au regard des familles, comme au regard des budgets départementaux et hospitaliers.

Beaucoup de familles, en effet, dont les membres sincèrement unis ne s'intéressent plus qu'à la guérison de

leur cher malade, font l'impossible pour assurer à l'aliéné tous les soins que son état exige; elles vont même jusqu'à se gêner pour l'entretenir. Un jour vient, où faute de ne pouvoir faire face aux frais d'internement, elles se voient dans l'obligation de retirer leur malade.

Il serait peut-être, en ce cas, utile de prévenir ce retrait qui ne choisit pas son moment, en proposant une sortie d'essai; si elle réussit, c'est autant de gagné pour le malade qui y recouvre la santé et autant d'argent qui revient à la famille.

Il doit rester bien entendu que cette sortie hâtive est de nature à ne compromettre en quoi que ce soit la sécurité du public et la santé mentale du malade.

« Pour les pensionnaires, écrit le Dr Hospital, l'asile
« Sainte-Marie, toujours très convenable dans ses rela-
« tions avec les parents des malades, ne fait pas de
« difficulté à abaisser le débet, dans les cas de sorties
« provisoires; et bien que le mois écoulé soit dû,
« s'il n'est entamé que de quelques jours, il a égard à
« la situation financière des intéressés, quand celle-ci
« le mérite. Je suppose maintenant qu'on retire un
« pensionnaire guéri, dix jours avant l'échéance du
« mois commencé; quels inconvénients y a-t-il à met-
« tre ces dix jours, qui en réalité lui appartiennent,
« puisqu'ils sont soldés, sur le compte d'une sortie
« d'essai? En tout cas, c'est prudent. »

D'autre part, les préfets et les médecins directeurs s'accordent à déclarer que les sorties provisoires réalisent de notables bénéfices pour le département dont elles allègent d'autant le budget. « Cent malades absents

« pendant quinze jours et dont la pension est payée
« fournissent un joli bénéfice ; j'appelle sur ce point,
« l'attention de mes collègues de province qui sont
« directeurs, écrivait le Dr Marandon, en souhaitant
« qu'à défaut d'autre, cette considération les décide à
« ne pas dédaigner la méthode de liberté (1). »

Les économies visées sont relatives à la défalcation du prix de journées pendant la durée des congés.

Une telle considération a pu émouvoir les médecins directeurs d'asile au point de les inciter à des essais de mise en liberté. Une réponse de M. Lunier au président de la commission d'enquête chargé de réviser la loi de 1838 (2) nous en fait part : « Je dois faire observer
« que des essais de ce genre se font dans plusieurs
« départements, par l'effet d'une pression budgétaire,
« aux approches de la session des conseils généraux. »

Voilà pour le côté financier ; abordons la question du désencombrement. C'est un des effets de la pratique des sorties d'essai, qui se fera surtout sentir si l'on arrive à donner à l'assistance aux aliénés hors des asiles une grande extension. Sous le couvert de l'essai, les convalescents quittent l'asile ; des malades, au bout de longues années de traitement, tâtent, à leur faveur, le terrain social, qui trouvent à se refaire à l'existence

1. Dr MARANDON DE MONTYEL, *Ann. méd.-psych.*, 1896, 8^e série, t. III, p. 71.

2. *In* Procès verbaux des séances de la commission chargée d'étudier les modifications à introduire dans la législation relative aux aliénés. Bertrand, Paris 1872.

libre. C'est en un mot une guerre de tous les instants à la chronicité, mère du ruineux parasitisme.

Bien organisé, le système des sorties d'essai, avec secours en argent « équivaudra à une décharge numé-
« rique des établissements d'aliénés... Certes il faudra
« toujours se résigner à conserver dans les asiles des
« pseudo-aliénés, des insuffisants, des débiles intellec-
« tuels, des infirmes du cerveau, uniquement parce
« que le corps social n'aura garde de s'en soucier ou
« parce qu'il sera impossible de les encadrer suffisam-
« ment au début, mais il est certain que dans la plura-
« lité des cas il n'en sera pas de même et que le nom-
« bre des espèces défavorables tendra à se réduire au
« minimum. » (Legrain).

Il est certain qu'il y a lieu de se féliciter qu'on puisse ainsi obvier à l'encombrement. Ce même désir d'y apporter remède a rendu certains médecins moins réfractaires à l'emploi des libérations provisoires.

Le D^r Clouston (1) est dans ce cas : « Depuis que je
« suis arrivé à Morning-Side, déclarait-il en séance de
« la société médico-psychologique, l'expérience que j'y
« ai puisée m'engage à me montrer moins timide dans
« la pratique des sorties d'essai, que je ne l'étais aupa-
« ravant. Dans un asile qui est toujours sur le point
« d'être encombré, votre état d'esprit se fait tel qu'il
« vous amène à mettre plus facilement les malades en
« liberté. »

La méthode des sorties provisoires, et cette conclu-

1. *In journal of mental Sc.*, juillet 1878, p. 307.

sion découlera naturellement de notre exposé, apparaît donc comme séduisante par ses multiples aspects : ses avantages d'ordre médical, moral et financier doivent l'accréditer auprès des médecins d'asiles et lui valoir, de la part du législateur, la consécration légale qu'on est en droit de lui souhaiter.

Chapitre IV

PRECAUTIONS DONT ON DOIT ENTOURER LA PRATIQUE DE L'ESSAI

§ 1. — A parcourir le précédent chapitre, le lecteur pourrait croire que nous n'avions d'yeux que pour admirer les beaux côtés des sorties d'essai. Loin de nous la pensée de les déclarer parfaites à l'usage, et avec Falret (1), nous ferons remarquer « que toute mesure même excellente peut être la source de dangers. » Ces inconvénients dont certains aliénistes ont exagéré la gravité ne sont pas même signalées par d'autres, sollicités cependant de fournir leur avis sur la question. Nous les passerons en revue, brièvement et s'il y a lieu, nous en discuterons la valeur.

Parlons d'abord des inconvénients autres que les médicaux. Ce sont du reste les plus nombreux et ceux qu'accusent le plus volontiers les aliénistes et les directeurs d'asiles.

Des familles se refusent à signer un engagement ; d'autres font appel à la sortie provisoire qu'elles envisagent comme le seul moyen de libérer définitivement leur malade, qu'on n'aurait pas voulu leur rendre autrement.

1. FALRET. *Ann. méd. psych.*, 1884, p. 289.

Ces inconvénients n'ont rien à voir avec la sortie d'essai, ne portant nullement atteinte à son principe.

Ailleurs, des parents qui avaient promis de veiller avec sollicitude sur leur malade, s'empressent de ne pas tenir leurs engagements, au plus grand détriment de la convalescence. Des malades ne rentrent plus à l'asile, quel que soit leur état ; comme nous l'avons dénoncé plus haut, la sortie provisoire n'était qu'un subterfuge ; en ce dessein, les familles obtiennent de médecins complaisants ou de peu de compétence des certificats qui permettent à l'aliéné d'éluder l'asile.

Des malades soumettent, par leur conduite au dehors, la pratique des essais aux acerbes réflexions de la critique. Tantôt c'est une tentative de suicide, un suicide même que la famille pourrait habilement exploiter. Tantôt c'est une pensionnaire qui rentre à l'asile en état de grossesse.

Il y a évidemment là, imputable à l'entourage, un défaut de surveillance, à la faveur duquel de tels actes ont pu s'accomplir.

Des aliénistes ont pu invoquer, la contractation au dehors pendant le cours d'une sortie d'essai, de la rougeole par une malade qui à sa rentrée contamina quelques-unes de ses co-internées. Cette critique porte à faux, car il est bien certain que chaque admission fait courir les mêmes risques, eu égard aux affections contagieuses.

Nous avons déjà relaté l'objection diagonale qu'adressait à la méthode, le Dr Legrand du Saulle : un grand

nombre d'enfants trouveront la vie dans une rencontre malsaine de leurs parents et cet accouplement sera des plus funestes à l'être créé dans de telles conditions.

Nous n'insisterons pas davantage sur certaines remarques dont le néant ne saurait échapper à qui les examine : on note au cours de l'épreuve des périodes alternantes d'excitation et de dépression, des scandales, des aggravations de l'état mental, des retours à la boisson.

De tels faits légitiment précisément la méthode, en ce qu'ils décèlent l'inaptitude actuelle du malade, à reprendre la vie courante.

Un plus grave inconvénient est le suivant : Le malade, surtout lorsqu'il habite à quelque distance de l'asile où il a été premièrement traité, est entièrement soustrait à l'influence du médecin dont les conseils, à ce moment de la convalescence lui serait du plus grand secours.

L'enquête du D^r Legrain (1) a révélé « l'attitude de
« certaines autorités administratives qui pour des rai-
« sons légales ou autres, se refusent à provoquer la
« réintégration, non pas dans les cas où le malade reste
« calme et lucide (ce n'est que regrettable, car au mé-
« decin d'asile devrait toujours appartenir la constata-
« tion suprême), mais dans les cas où les malades, au
« lieu de s'améliorer, s'aggravent et refusent de revenir.
« Ici l'intervention de l'administration est d'autant plus

1. D^r LEGRAIN, Rapport au Cons. Sup. de l'A. P. fasc. 87, p. 66, 1892.

« légitime que le malade n'est pas régulièrement libéré,
« C'est un devoir pour elle d'agir. Et pourtant, elle s'y
« refuse parfois, créant ainsi pour le médecin qui s'est
« dévoué et s'est compromis pour son malade, une situa-
« tion pleine de périls, bien peu faite pour encourager
« la mesure humanitaire des sorties d'essai. »

D'autres voient la tutelle menacée par toutes sortes de dangers. MM. Legrand du Saulle et Espiau de Lamaëstre s'étaient déjà effrayés des extorctions de signatures engageant les intérêts du malade, actes délicatueux dont l'aliéné serait à la fois le complice et la victime.

M. Lunier a déjà répondu que des signatures données en de semblables conditions étaient entachées de nullité. Il y a là, à n'en pas douter, matière à discussion ; mais il faut convenir que si ces maîtres excipaient de raisons vraiment fortes, ils les étayaient sur des faits que nous n'avons pas l'occasion de voir journellement se produire.

§ 2. — Il résulte en somme de cet exposé qu'il n'y a rien là de foncièrement compromettant pour la libre pratique des sorties d'essai, pour qui s'ouvre également la bonne porte (1). Mais elles ne seront bonnes, elles n'exerceront toute leur utilité, qu'entourées d'un luxe de garanties dont le médecin seul peut être l'artisan.

1. M. LEGRAND DU SAULLE qui ne voulait pas entendre parler des sorties d'essai avait une fois déclaré : « Désormais mes malades ne sortiront plus que par la bonne porte, voulant ainsi affirmer qu'il ne ferait plus de sorties que définitives. »

Une première considération sur laquelle nous avons déjà insisté et sur laquelle il nous plaît de revenir encore, parce qu'elle nous paraît de premier plan, c'est la suivante : le médecin traitant seul peut décider de l'opportunité de la sortie ; seul il peut l'imposer à la famille, dans un profond souci de la cure. Il est dans le fait de cette détermination, l'arbitre suprême, parce que seul, il est à même d'apprécier l'état du malade confié à ses soins. Ainsi que le revendique le Dr Hospital(1) : « C'est au médecin traitant seul que revient le « droit et le devoir d'employer curativement les sorties « et les congés ; lui imposer à cet égard des restric- « tions, c'est empiéter sur ses prérogatives, douter de « son savoir... »

C'est pour s'être laissé aller à trop de condescendance, que le Dr Giraud a eu à enregistrer un suicide : « J'ai pour ces sorties à titre d'essai une expérience de « près de trente ans, j'en ai, pour ma part, fait accor- « der plus de mille et je n'ai à regretter qu'un accident : « le suicide d'une femme au cours d'un congé que « j'avais demandé à contre-cœur, cédant aux sollicita- « tions du mari. »

Avant de prendre une décision en faveur de la sortie d'essai, le médecin doit satisfaire à cette double condition :

- 1° Il doit connaître son malade ;
- 2° Il doit connaître la famille du malade, sous peine

1. HOSPITAL. *Ann. méd. psych.*, 1903, t. XVIII, p. 539.

d'avoir bientôt à enregistrer un échec ou de s'exposer à, des risques de divers ordres.

« Les inconvénients des sorties d'essai seront d'autant moindres que l'examen du médecin aura été plus sévère et qu'il sera soumis à cette nécessité de ne pas faire de la sortie d'essai une règle applicable à tous les cas. » Il y a donc un choix à faire. Examiner à part chaque aliéné, c'est s'éviter les déboires que les sorties prématurées tiennent en réserve, à qui en use inconsidérément.

Nous avons montré dans un précédent chapitre quelle confiance il fallait accorder aux signes cliniques de la guérison recueillis en dehors de l'épreuve par sortie. L'occasion se présente ici de décrire par quoi s'annonce la convalescence : on ne saurait trop y porter attention, puisque bien observés, ces symptômes de transition fournissent au praticien d'excellents éléments pour sa décision.

Ils sont du reste assez caractéristiques pour ne point passer inaperçus. Tous les praticiens d'asile ont remarqué qu'au moment où point la convalescence, l'attitude du malade se modifiait jusqu'à étonner par le contraste avec sa façon d'être antérieure. Le malade, qui ne perdait pas une occasion de récriminer contre l'interne, de réclamer à grands cris sa liberté, de menacer le médecin coupable de le séquestrer, change de ton, se calme peu à peu, se montre confiant et s'abandonne complètement au médecin, qu'il laisse seul juge du moment opportun de la sortie. Se rendant vaguement compte de son insuffisance, il perd sa belle assurance

et se prend à penser qu'il lui serait sans doute bien difficile de se conduire dans l'existence, si on le laissait livré à ses propres forces. C'est le moment où, sans réserve, il accepte l'internement dans cet asile qu'il maudissait naguère et qui maintenant lui apparaît comme un tutélaire abri.

Lors, dégagé de ses hantises intérieures, le malade jette les yeux sur ce qui l'entoure. Il s'intéresse à nouveau à ce qui se passe en dehors de lui et en dehors de l'asile. Ses sentiments affectifs renaissent, il souhaite ardemment la visite des siens. Précieuse indication, premier jalon sur la route de la guérison.

Nous pourrions, il est vrai, rééditer ici ce que nous avons dit de la guérison ; sans doute, la convalescence s'entoure généralement d'un tel cortège de symptômes, mais l'indication formelle n'en subsiste pas moins de soumettre le malade aux rigueurs d'une observation sans défaillance, car autant de convalescents, autant de formes de convalescence, autant d'aspects divers, de nuances, qui surajoutés au type moyen impriment à chacune d'elles un cachet qui lui appartient en propre.

Cependant, ce que nous venons d'exposer plus haut nous met déjà en défiance contre ces internés, dont les inlassables récriminations ont quelquefois pu forcer la main au médecin qui les soigne. « Il n'est pas de jour, « en effet, écrivait le D^r Campbell (1), que des malades « ne vous pressent de les mettre en liberté ; sans cesse,

1. J.-A. CAMPBELL, *The Journal of mental science*, oct. 1875, p. 403.

« ils se plaignent qu'il ne leur sert à rien de bien se
« porter, puisqu'on continue à les séquestrer ; les
« parents, poussés par les objurgations d'un voisin qu'ils
« croient très avisé, viennent à la rescousse ; tout cela
« joint au désir qu'a le médecin de compter le plus de
« guérisons possible et peut-être pour faire de la place
« aux cas aigus, toutes ces considérations, dis-je, ont leur
« effet. » Cédant ainsi aux instances peu éclairées de
la famille, bien que très peu persuadé de l'urgence
d'une telle libération, le médecin va le plus souvent à
l'encontre du but qu'il se propose.

Il ne saurait sans se nuire, laisser à d'autres le soin
de la décision. Le Dr Auzouy (1), nous met en garde
contre le fâcheux d'une telle conduite : « Pour les ma-
« lades admis par placement volontaire, la sortie s'opère
« dès qu'une simple amélioration décide leur famille
« à les réclamer à titre d'essai. A moins d'un état dé-
« lirant tellement intense qu'il risque de compromettre
« gravement la sécurité publique, les malades sont
« rendus à leur famille instantanément et à leur pre-
« mière réquisition... A la suite de sorties, aussi facile-
« ment obtenues, les rechutes sont malheureusement
« fréquentes. »

Le médecin devra donc avant tout prendre conseil
de sa propre expérience ; fidèle à cette prescription
qu'il n'y a pas de règle applicable à tous les cas, sa
précaution initiale sera de revoir à fond son malade.
Il surprendra ses moindres actes, l'étudiera dans ses

1. AUZOUY, *Ann. méd.-psych.*, 1876, p. 59.

comportements les plus divers, le scrutera dans un entretien familial ; tous les renseignements que sa vue saura recueillir, sa manière de marcher, ses tics, ses gesticulations nous seront quelquefois plus précieux que le plus sévère interrogatoire. Mais c'est là une tâche dont il ne faut pas cacher l'arduité. A bien envisager les devoirs qui incombent au médecin d'asile, une réflexion vient à l'esprit : « Comment lui, qui a charge de tant de malades, suffira-t-il à une besogne aussi lourde et si délicate, surtout quand il assume à la fois les fonctions de directeur et de médecin ? »

M. Lefèvre (1) dénonçait là une quasi impossibilité matérielle de faire face à ces exigences : « Or même, « déchargé de toute autre fonction, un médecin ne saurait voir utilement plusieurs centaines de malades, « alors que tout nouvel entrant doit être minutieusement interrogé, subir un examen qui peut quelquefois durer plusieurs heures. Comment un seul praticien pourrait-il surveiller d'assez près tous ses pensionnaires, suivre l'évolution de leur psychose, « épier le moment où la lucidité revenant, on pourrait « tenter la sortie et obtenir une guérison ? Un aliéné « a droit à un traitement individuel au même titre « qu'un typhique ou qu'un pleurétique. Il y a d'autant « plus droit que son affection revêt toujours un caractère personnel, idiosyncrasique, que son observation « est plus difficile à prendre et que la thérapeutique « dont elle est justiciable est encore incertaine. »

1. LEFÈVRE, *Revue de Paris*, 1^{er} février 1903.

Il n'est pas en effet si loin derrière nous le jour où Pinel enleva leurs chaînes aux aliénés. Si peu à peu leur sort s'améliora du no-restraint et connut les mesures humanitaires de l'opeu-door et des sorties d'essai, il n'en subsiste pas moins que l'aliéné, pour employer le noble expression de notre maître, le Dr Ritti n'est pas promu, pour tout le monde, à la dignité de malade. Il se dégageait à peine de l'incarcération qu'il subissait la « garderie ». C'est un traitement qu'il réclame maintenant; il aura ses spécialistes, ainsi que ses frères en maladie.

Ce souhait de voir s'accroître le nombre des médecins d'asile n'est pas exprimé d'aujourd'hui. Dès 1818, Esquirol, dans son rapport fondamental sur les aliénés, ne s'élevait-il pas contre le nombre exagéré de malades imposés à un seul médecin; il aurait voulu ne voir construire que des asiles à population restreinte, n'admettant qu'un maximum de deux cent cinquante lits. Un tel vœu, émis à l'aube du xix^e siècle par ce pionnier de la médecine mentale demeure insatisfait: on compte encore aujourd'hui, en France, un médecin pour une moyenne de 425 malades, déplorable proportion, si l'on en croit le Dr Sokalsky (1), qui, faisant un calcul analogue à celui que M. le Dr Pactet avait présenté dans une séance de la société médico-psychologique, démontre qu'il est impossible à un médecin de soigner plus de 100 à 150 malades.

1. Dr SOKALSKY. Rapport sur l'Asile départ. d'aliénés d'Onfa, analysé in *Ann. méd.-psych.*, 1903, t. 18, p. 148.

Souhaitons donc avec Esquirol que survienne promptement cette réforme sans contredit de première nécessité : que le rapport s'abaisse du nombre de praticiens au nombre d'internés.

§ 3. — C'est ainsi que le praticien, s'il en arrive à mieux connaître son malade, ne manquera pas d'être aussi bien renseigné sur sa famille. C'est une condition de succès tout aussi importante que la première, il n'est pas d'aliéniste qui n'en soit persuadé. Notre maître, le Dr Ritti, s'attachait à nous faire comprendre la portée de ce précepte : « Il importe pour chaque cas particulier de se préoccuper non seulement de l'état du malade, mais aussi de celui du milieu dans lequel il va être transplanté. »

Le degré de culture et d'intelligence des parents, leur valeur morale plus ou moins grande, sont autant de points sur lesquels il tient à être préalablement fixé.

Cette condition malheureusement, ne trouve pas partout à être satisfaite ; et c'est le principal grief que notre maître, le Dr Ritti, conçoit à l'adresse de ces grands asiles, admettant dans leur enceinte les malades d'office de plusieurs départements : les visites de la famille, qui souvent demeure assez loin de là, sont rares, car elles exigent une perte de temps et un sacrifice d'argent dont les pauvres bourses ne peuvent faire les frais. Notons en passant, que si les médecins de Charenton n'ont pas hésité à largement user des sorties d'essai, c'est que le recrutement par placement en

grande partie volontaire des aliénés y préparait merveilleusement ; bourgeois, commerçants, tous malades aisés, y reçoivent de très fréquentes visites. Les médecins entrent en relations avec les proches qu'ils ont tout le loisir d'apprécier : « Jamais jusqu'ici, je n'ai eu d'ennuis, écrivait le Dr Ritti, je connais bien, en effet, les malades et leurs parents et je sais qui je confie et à qui je confie »...

Pourquoi ne ferait-on pas pour les pauvres, pour les « offices » ce qu'on fait actuellement pour les riches ou placements volontaires ? multiplier les asiles à population restreinte et exclusivement départementaux ! ne serait-ce pas renverser une de ces inégalités qui soumettent encore des malades à l'odieux joug des classes sociales !

Cette question de l'entourage ne laisse pas que de requérir tout notre soin ; le Dr Campbell en a toujours tenu le plus grand compte au cours de sa carrière d'aliéniste et il nous fait part de ce qu'il a noté : « L'ambiance domestique, le caractère des parents du « malade sont autant de facteurs qui concourent à « militer contre le bien-être du convalescent et même « à le renvoyer à l'asile...

« J'ai vu plusieurs malades qui, selon toute vraisemblance, paraissaient devoir rester bien portants, forcés « de revenir à l'asile, parce que très certainement ils « avaient eu à lutter avec des difficultés domestiques « et dans des circonstances telles qu'une personne non « aliénée les auraient trouvées vraiment pénibles. » Et plus loin : « Beaucoup de malades mis en liberté, chez

« qui on a noté une prédisposition héréditaire nettement
« marquée, ont, dès le moment de leur sortie, à sup-
« porter de grandes contrariétés que leur inflige leur fa-
« mille, supposée saine d'esprit. A propos de plusieurs
« malades confiés à mes soins, bien souvent je me suis
« demandé quel hasard de sélection réservait aux pre-
« miers l'internement qu'il épargnait à leurs proches ? »

§ 4. — Une troisième question ne se pose pas pour les placements volontaires. Elle est un obstacle sérieux à la mise en liberté provisoire des « offices ». Quelles sont les ressources du malade ? La réponse trahit presque toujours, sinon la misère, du moins la gêne : « C'est souvent le manque d'argent, constatait le Dr Fairless, qui s'oppose à ce que les parents reprennent leurs malades, aussitôt qu'il le faudrait ». Aujourd'hui, en Écosse et en Angleterre, cette cause d'empêchement a disparu. En France le projet de loi Dubief a cherché à la supprimer. On ne saurait évidemment séparer cette question de la question primordiale d'assistance aux convalescents d'affection mentale. La nécessité pour le malade d'avoir dès l'exeat, à gagner son pain, par son propre travail, la hantise du « struggle for life », ne sont pas des perspectives faites pour équilibrer définitivement des facultés instables.

Et puis d'autres complications hérissent de difficultés sans nombre ce problème cruel !

L'aliéné doute de lui-même : est-il à même de fournir un travail rémunérateur ? quelle famine lui réserve son activité ! trouvera-t-il même du travail, si ses em-

ployeurs viennent à découvrir, ce qu'il ne peut cacher, sa tare d'ex-aliéné !

Autant d'impérieux facteurs d'une nouvelle chute ! L'avenir impartial nous dira si des législateurs ont trouvé bon d'abandonner, au plus fort de la mêlée sociale de malheureux désemparés que la société marâtre voue sans défense aux pires catastrophes !

Quant au médecin d'asile son dévouement à la cause des malades qu'il guide résolument vers la terre promise de la guérison, trouvera son encouragement dans le succès de sa méthode, plus encore que dans les hommages rendus à son abnégation. Désormais, il ne doit plus être seulement le personnage hiérarchique que désigne l'appellation de « chef de service » ; il n'apparaîtra plus à ses pensionnaires comme le complice de l'autorité qui enferme. La fonction la plus noble et la plus sérieuse lui incombe : c'est à lui qu'échoit le devoir de veiller sur le malade au delà des soins médicaux. Il sera le conseiller éclairé du convalescent et son meilleur interprète auprès des siens. Il aura à cœur de disperser aux vents de la persuasion les derniers tisons des discordes familiales. Il sera le médiateur suprême entre des adversaires que les rancunes séparent encore. Rôle enviable, tâche non sans grandeur !

Sa bienfaisante influence ne se limitera pas aux frontières des asiles ! Dès qu'il aura déterminé le moment opportun de la libération conditionnelle, il saura qu'un infortuné réclame au dehors sa protection : il accueillera d'une oreille amie, les confidences du libéré, ses

appréhensions et ses espoirs ; il ne lui ménagera pas le réconfort de sa parole attendue, le secours de ses avis autorisés ; il n'hésitera pas à sincèrement représenter au malade la nécessité de la réintégration, quand il verra sur le point de défaillir une intelligence dont il a assumé la direction,

On voit quelle ampleur revêt un tel rôle et combien considérables sont les attributions du médecin. Thérapeute à l'origine, il se double aujourd'hui, osons-nous dire, d'un hygiéniste, car sa tâche est de prévoir autant que de guérir ; en éloignant du malade toutes les causes de désagrégation mentale, en harmonisant à l'ambiance des cerveaux de fragile résistance, il conjurera la rechute, évitera la triste récidence. Par là son œuvre se complètera d'une clairvoyante et féconde prophylaxie.

§ 5. — Nous nous sommes étendus, dans le précédent paragraphe sur les précautions dont on devait entourer la sortie d'essai. Mais ce chapitre restera incomplet tant que nous n'aurons pas déclaré quelles qualités nous voudrions lui assigner. Ce sera l'œuvre du présent paragraphe.

Nous inclinons à penser qu'elles ont tout intérêt à être précoces, pour produire leurs effets utiles. Il y a lieu de nous expliquer.

Actuellement, beaucoup de praticiens recourent, à leurs risques et périls aux bienfaits de la libération d'attente ; en ce qui concerne les placements volontaires, bon nombre d'aliénistes se croient suffisamment

couverts, si la famille assume au dehors la responsabilité de la convalescence. Autrement épineux se pose le problème quant aux placements d'office, étant donné ce fait que personne ne veut prendre sur soi de libérer un malade ainsi séquestré, pour ce qu'il compromettrait par ses excès publics la sécurité de ses concitoyens. Soucieux de s'éviter des désagréments, qui ne sont jamais négligeables, des médecins reculent la libération jusqu'au jour, où, après une longue temporisation, ils font sortir des malades pour qui la mise en liberté définitive n'aurait pas été déplacée.

La sortie sera précoce, en ce sens qu'elle sera décidée après que les symptômes d'une réelle amélioration se seront manifestés d'une façon stable pendant un certain laps de temps, variable avec chaque malade. Si l'on observe concurremment les prescriptions plus haut énoncées, elle revêtira un caractère de prudence, qu'on ne sera pas tenté de lui contester. De telles sorties sont vantées sous un autre qualificatif par le Dr Marandon de Montyel qui les désigne sous le nom de « sorties anticipées », par le Dr Pasturel (1) pour qui les « sorties prématurées » apparaissent comme le meilleur moyen d'éviter que la malade tombe « dans un état subaigu, précurseur souvent de la chronicité. »

Les observations qu'il apporte à l'appui de sa thèse sont ici de la meilleure venue. Qu'on nous permette de les relater à cette place même de notre travail inaugural.

1. PASTUREL. *Ann. méd.-psych.*, 1904.

Observation I

V... (Louise), âgée de 30 ans, ménagère, mariée. Un de ses parents a été aliéné. Entrée à l'Asile le 1^{er} janvier 1902.

De nature très émotive, d'après la version de son mari, elle avait parfois des idées bizarres.

La maladie mentale semble avoir pour cause le sevrage d'un enfant de 16 mois (folie liée à la lactation). Elle revêt la forme d'une mélancolie anxieuse avec des idées de ruine, de perdition, de culpabilité, hallucinations de l'ouïe et de la vue, tendances au suicide, refus intermittents d'aliments.

Elle ne mange pas pour faire pénitence et parce que la nourriture n'est pas payée et qu'elle ne veut pas ainsi ruiner sa famille, résiste à tout ce qu'on veut lui faire faire, qu'il s'agisse de s'habiller ou de se déshabiller, d'aller à table ou au lit, etc.

Céphalée, insomnies, hallucinations.

Elle entend son mari, elle sait qu'il est dans l'établissement.

Elle l'a aperçu et on ne veut pas le lui laisser voir. Elle pleure souvent.

En même temps, troubles somatiques tels que constipation aménorrhée, perte d'appétit.

Ces symptômes aigus du début s'amendent au bout de quelque temps, par l'administration d'extrait d'opium, de sulfonal, de laxatifs, de bains tièdes.

Mars 1902. — L'anxiété a diminué, les idées de ruine, de perdition ont en partie disparu, l'état physique est meilleur, mais il persiste encore de la confusion des idées, une émotivité non justifiée, des craintes puériles.

Sa famille la réclame à tout prix: sur ses instances réitérées,

quoique la malade soit depuis peu à l'Asile on ne s'oppose pas à sa sortie qui a lieu le 13 mars 1902.

Depuis cette époque-là, c'est-à-dire depuis plus d'un an l'état mental a été bon ; V... se plaint seulement de céphalées intermittentes.

Observation II

M... (Mélanie), âgée de 37 ans, mariée, cultivatrice. Tares héréditaires dans la famille. Suicides.

Internée une première fois en 1882 pour troubles hystériformes avec crises de dépression et d'excitation alternatives ; a trois enfants en bonne santé.

Présente, au moment de son deuxième internement en 1901, les troubles mentaux d'une maniaque, c'est-à-dire de la loquacité de l'incohérence, de l'agitation, etc...

Quinze jours après, c'est le tableau d'une mélancolique avec dépression, mutisme, refus d'aliments qui n'est que passager.

Sa figure exprime l'anxiété, le regard est brillant et douloureux ; sa tenue est négligée, elle est nu-tête, les cheveux ébouriffés ; elle déchire ses habits, marche les pieds nus. Insomnie.

Elle est en proie à des hallucinations de l'ouïe et de la vue, à des raptus mélancoliques caractérisés par des actes de violence envers les autres malades et le personnel infirmier.

Elle entend des personnes que l'on fait brûler vivantes à côté d'elle et elle s'étonne qu'on ne les voie pas et qu'on ne les entende pas comme elle. Elle voit et entend ses enfants, elle sait qu'ils sont dans l'Asile et elle ne peut les voir.

On trouve chez elle des idées de persécution qu'elle formule surtout envers le personnel infirmier.

« Pourquoi ne me faites-vous pas partir, qu'est-ce que je fais
« ici, vous ne devriez pas me garder ? »

Mars 1902. — Un mieux considérable se produit dans l'état mental ; la malade est beaucoup plus tranquille, l'anxiété et les idées tristes semblent avoir disparu ; elle est très contente de la visite de son mari et veut retourner avec lui.

Avril 1902. — Rechute, amaigrissement, sitiophobie mauvais état général, œdème des membres inférieurs, othématome double qui se résorbe au bout d'un mois environ.

Septembre 1902. — Amélioration nouvelle qui dure à peine une vingtaine de jours et qui est détruite par une visite du mari.

L'hiver se passe dans un état à peu près stationnaire, durant lequel, à part le délire mélancolique, on observe chez M... des idées de persécution et d'impulsion fréquentes.

M... est surtout obsédée par l'idée de partir, elle se cramponne aux portes, à toutes les personnes qui entrent et sortent, elle s'évade même une fois.

Les visites de son mari la rendent toujours plus malade et en même temps plus désagréable.

Avril 1903. — Légère amélioration, dont on profite pour demander la liberté à titre provisoire. Le jour du départ M... était troublée, elle se demandait ce qu'on lui voulait et où on voulait la faire aller.

De retour chez elle, elle subit, une véritable transformation ; elle reprend goût au travail, retrouve le sommeil et l'appétit, s'occupe de son ménage et de ses enfants. Une seule chose la tracasse, c'est un procès avec certains de ses parents.

Depuis bientôt quatre mois, cet état très satisfaisant s'est maintenu.

Observation III

C... Mathilde, âgée de 36 ans, mariée, sans profession, entre à l'asile le 13 août 1902.

Comme antécédent héréditaire, a eu un oncle aliéné, à la suite d'une grande frayeur.

Comme antécédent personnel on relève de grandes métrorragies qui l'affaiblissent beaucoup ; elle a trois enfants en bonne santé, bien constitués, pas de maladies infectieuses à signaler, pas de fausses couches.

Le début de la maladie remonte à un mois environ.

C... très pieuse a été très affectée par des événements politiques auxquels son mari a pris part. Elle lisait beaucoup et elle s'imaginait que de grands malheurs allaient fondre sur elle et sur sa famille à cause de son mari qui faisait la guerre à la religion.

La foudre un jour est tombée à côté de sa demeure et elle a vu dans ce fait comme une punition divine.

Les symptômes présentés par la malade à son entrée, sont ceux d'une mélancolie à forme agitante, avec plaintes, gémissements continuels, avec idées de perte, de ruine et de damnation. Elle présente des hallucinations de l'ouïe, elle entend des voix qui lui disent qu'elle est réprouvée, qu'elle ira en enfer parce qu'elle a laissé faire son mari et qu'à cause d'elle les religieux sont expulsés.

En même temps, agitation extrême, insomnies, amaigrissement considérable, peau sèche et terreuse, langue saburrale, dents fuligineuses, température oscillante entre 37°8 et 38°6. Refuse toute nourriture.

Alimentation forcée pendant un mois environ.

Administration de sulfonal, d'ext~~ra~~it d'opium et de laxatifs.

Octobre 1902. — Amélioration ; l'agitation a disparu ainsi que les hallucinations pénibles. C... a pris de l'embonpoint, elle n'est plus aussi triste, ni terrifiée ; elle parle et s'occupe quelque peu ; elle se promène même au dehors.

Décembre 1902. — Cette amélioration ne se poursuit pas ; il semble même qu'elle rétrocede. C... tombe dans le découragement, le dégoût profond de toutes choses ; elle n'est pas agitée, mange toute seule, en insistant toutefois, mais elle passe la plus grande partie de son temps accroupie, la tête entre les mains, sans bouger et sans proférer une parole. Lorsqu'on essaye de la secouer un peu, de la tirer de cet état, elle se contente de remuer douloureusement la tête et de répondre par ces seuls mots : « Je ne sais pas, je ne sais pas. »

Avril 1903. — Son mari et son frère viennent la voir, elle paraît s'intéresser au dernier et s'éveille même légèrement pour lui parler. Mais il n'en est pas de même pour son mari, dont la présence lui est plutôt pénible. A leur départ, elle retombe ~~dans~~ dans l'abattement et l'inertie habituelle. L'état mental est donc resté stationnaire pendant près de cinq mois.

Nous avons conseillé au mari de reprendre sa femme ; il y a consenti et un mois environ après son départ, les nouvelles de C... étaient excellentes au point de vue mental et physique. Sa réintégration dans le milieu familial avait produit le meilleur résultat,

Observation IV

L... Anna, âgée de 30 ans, mariée, sans profession, pas d'antécédents héréditaires connus. Comme antécédents personnels, elle a toujours été très impressionnable, sujette aux frayeurs; elle ressentait des douleurs dans le dos et avait même des idées noires à l'approche de ses règles. Elle a un enfant âgé de 4 ans et elle attribue la cause première de son affection actuelle à ce qu'elle a nourri ce dernier.

Les premiers symptômes bien nets remontent à quatre mois et se sont manifestés par des céphalées, bourdonnements d'oreilles, hallucinations.

Elle entendit les voisins dire qu'elle était folle; on avait préparé un cimetière; on avait tout arrangé pour l'enterrer vivante. En même temps, idées de jalousie envers son mari: une nuit, sous l'empire de son délire, elle a frappé ce dernier d'un coup de hachoir et c'est ce qui a motivé son internement.

A son entrée, c'est-à-dire en octobre 1902, elle présente les troubles suivants: elle est déprimée; sa figure est rouge et congestionnée; elle se plaint de douleurs de tête et de pression frontale, comme si elle était prise dans un étau. Toutes ses idées sont brouillées; elle ne sait plus d'où elle vient, où elle va. Angoisse précordiale. Il lui semble que son cerveau ballote dans l'intérieur du crâne. Elle a frappé son mari, parce que quelque chose de plus fort qu'elle la poussait; elle n'a pas pu résister à cette impulsion; maintenant elle regrette bien son acte.

Durant les premiers temps de son séjour à l'asile, elle passe la plus grande partie de la journée, immobile, le regard fixe,

commeabasourdie, hébétée par une multitude d'idées obsédantes.

Il faut beaucoup insister pour la faire manger; elle essaye à plusieurs reprises de se frapper la tête contre les murs. Aménorrhée.

Décembre 1902. — L'isolement, le calme, le traitement de l'asile ont été efficaces. L... est moins préoccupée, elle est plus expansive, elle sourit même, parle avec émotion de son mari et de son enfant qu'elle voudrait voir le plus tôt possible.

Février 1903. — Le commencement d'amélioration mentionné s'est maintenu, mais ne s'est pas transformé en guérison définitive. L... est toujours obsédée par des idées tristes. Elle ressent des maux de tête, quoique les idées délirantes aient disparu. Il reste toujours de la dépression, un certain dégoût pour tout et des craintes exagérées pour son enfant et son mari. On la rend à son mari en mars 1903.

Nous avons eu de ses nouvelles deux mois après; elle-même a écrit, et, d'après tous les renseignements, elle est aujourd'hui guérie de son accès de mélancolie.

Ces observations semblent prouver qu'il n'y a pas, dans les cas que nous venons de rapporter, une simple coïncidence, mais bien un rapport de cause à effet. Quel que soit le mécanisme invoqué, la sortie prématurée a montré qu'elle pouvait beaucoup pour la guérison.

Le deuxième point à élucider : étant donné ces sorties, quelle sera leur durée? a été désigné par M. Falret en 1884 à l'attention des aliénistes. Pour lui, elle ne devait pas dépasser un mois. M. Auzouy demande qu'on puisse admettre à nouveau des malades rechutés, sans formalités, « si dans un délai que l'on peut

« raisonnablement fixer à trois mois, il survient de nouvelles crises délirantes. » La question valait la peine d'être mise à l'étude, et la consultation organisée auprès de tous les praticiens d'asiles et de maisons de santé par le D^r Legrain recherche à ce point de vue l'attitude actuelle du corps médical.

Des renseignements numériques ont été fournis en grand nombre ; ils attestent une diversité curieuse, qui, trahissant les incertitudes de la méthode fait bien voir, comme, « en l'absence d'une réglementation, la fantaisie peut se donner libre carrière (D^r Legrain). Des médecins font sortir provisoirement leurs pensionnaires pour quelques jours seulement ; on se demande, en l'occurrence, quel jugement ils peuvent porter sur l'aptitude du malade à rester en liberté. D'autres font durer le séjour provisoire hors de l'asile pendant un an et même davantage. Il y a lieu de s'inquiéter de la façon dont ils conçoivent l'essai ou de l'illogisme de leur pratique : ou le malade ne s'accommode pas du plein air de la vie normale et c'est l'asile qui le réclame, ou bien, le convalescent a pu, sans heurts, et pendant plusieurs mois, subir le contact journalier du frémissement social et alors on ne voit pas pourquoi il serait si longtemps maintenu en situation d'aliéné frappé d'internement.

Cependant, il semble qu'entre ces extrêmes, les moyennes les plus communément adoptées soient de deux à trois mois, espaces de temps en général suffisants pour renseigner le médecin.

Chapitre V

A QUELLE CATÉGORIE DE MALADES LIMITERONS-NOUS, CLINIQUEMENT PARLANT, LES BIENFAITS DE L'ESSAI.

Théoriquement, avons-nous déclaré avec quelques auteurs, la mesure est applicable à tous les malades améliorés qui, à une certaine phase de leur affection, ne progressent pas plus dans le sens du mieux que vers le pire. Pour d'autres, les aliénés dociles et sociables sont appelés sans distinction d'étiquette, à en bénéficier.

Nous, qui nous sommes attaché à mettre en relief les avantages thérapeutiques d'une telle méthode, ce n'est pas ainsi que nous voudrions en déterminer l'emploi ; au regard de la thérapeutique, il y a deux sortes de malades : les curables et les incurables ; deux modes à la maladie : l'aigu et le chronique.

Les incurables ou ceux considérés comme tels, est-il besoin de le dire, ne sauraient nous intéresser ; les chroniques guère davantage. C'est ainsi que pour les paralytiques généraux la question ne se pose même pas :

« Nous avons tous eu, écrivait le D^r Yellowlees (1), des
« cas de paralysie générale où le retour à la santé était
« si parfait que nous nous sentions pour ainsi dire con-
« traints de mettre les malades en liberté ; et cependant
« nous savions pertinemment qu'un beau matin une
« rechute allait se produire et que les malheureux mour-
« raient de leur encéphalite. » On se demande à bon
droit ce que la sortie d'essai signifierait en pareille cir-
constance.

Notre compréhension de ces sorties, nous invite à
limiter leur application aux seuls malades aigus, que
nous avons le devoir de toujours supposer curables.
Parmi eux, les mélancoliques semblent réagir avec plus
de sensibilité et l'on remarquera que la plupart de nos
observations ont trait à cette catégorie d'aliénés. « C'est
peut-être exclusivement pour elle que peuvent conve-
nir les sorties à titre d'essai », opinait le D^r Taguet (2),
d'accord en cela avec notre maître le D^r Ritti (3) : « Il
« m'a été donné d'observer des mélancoliques même
« délirantes, qui, après un séjour même prolongé dans
« mon service, ne bénéficiaient plus du traitement
« auquel elles étaient soumises, ont été rendues à leur
« famille, la plupart du temps sur les sollicitations des
« malades elles-mêmes. Le remplacement dans le milieu
« familial, après un séjour dans un établissement d'alié-

1. D^r YELLOWLEES. *The Journal of Mental Science*, 1875, p. 308.

2. D^r TAGUET. *Ann. méd. psych.*, 1879, t. II, p. 261.

3. D^r RITTI. *In Traité de Thérap. d'A. ROBIN*, 1898, t. 20,
p. 176.

« nés, avait un effet des plus salutaires ; les malades
« sorties en voie d'amélioration, revenaient me voir au
« bout de quelques jours, complètement guéries. »

Les observations du Dr Pasturel que nous avons plus haut rapportées, étaient accompagnées du commentaire suivant : « Il est à remarquer que les observations
« citées ci-dessus sont celles de mélancoliques déli-
« rantes aiguës. De plus, ce sont toutes des mères de
« famille qui ont un mari et des enfants, des intérêts
« qui leur sont chers. C'est un facteur puissant de gué-
« rison qui a été constaté par un certain nombre d'ob-
« servateurs. Aussi l'amélioration immédiate amenée
« par la réintégration familiale peut-elle être expliquée
« par la production d'un choc moral intense, d'une
« émotion extraordinaire qui agissent fortement sur le
« cerveau de ces malades.

« La vue des enfants, la certitude acquise par eux-
« mêmes qu'ils sont bien en vie et en bonne santé, la
« satisfaction, le contentement de se retrouver au
« milieu des leurs et dans un cercle qui leur a été fa-
« milier, alors qu'ils croyaient en être pour toujours
« séparés, toutes ces diverses causes influent d'une
« façon notable et achèvent la guérison en partie obte-
« nue par l'asile.

« Lors même que ces sorties prématurées ne pour-
« raient s'appliquer qu'à cette classe particulière de
« mélancoliques dont nous avons donné l'observation,
« ce mode de traitement ne doit pas être dédaigné. »

De son côté, le Dr Taguet tient à faire observer qu'il faut s'enquérir chez son malade des antécédents hérédi-

taires, si l'on ne veut pas s'exposer à des surprises souvent regrettables : « Dans les affections qui portent avec « elles le germe fatal de l'hérédité tout est anormal et « insidieux, une émotion, si légère qu'elle soit, peut « amener soit une recrudescence des troubles nerveux, « soit une amélioration ; c'est ainsi que pourra agir une « sortie provisoire ; mais ici cette modification est le « plus souvent passagère, la rechute comme la guérison « est subordonnée à la crise la plus légère... » Cette opinion semble contredire l'avis général que les héréditaires sont de tous les mentaux, ceux qui fournissent le plus grand chiffre de guérisons.

Quand la mélancolie se complique d'idées obsédantes de suicide, c'est pour le médecin une grave détermination à prendre que celle de rendre, au moins pour un temps, le malade à la vie courante. Combien de temps faut-il garder en observation des malades ainsi affectés. « C'est là, écrivait le Dr Campbell (1), une question qui « requiert de la part du médecin les réflexions les plus « minutieuses... Dans de nombreux cas, l'apparence « trompeuse de la guérison, aurait, je n'en doute pas, « jeté un trouble dans l'âme de Salomon, s'il s'était « adonné à professer cette partie de l'art médical. » L'apparence trompeuse de la guérison, c'est en effet le gros danger, le traquenard au pronostic. Notre maître, le Dr Ritti (2) l'a signalé clairement : « Dans les cas de « mélancolie avec idées obsédantes de suicide, on ne

1. Dr CAMPBELL, *The Journal of mental science*, 1875.

2. Dr RITTI, *Loc. cit.*

« saurait assez prolonger la durée de l'isolement qui per-
« met la surveillance constante et continue des malades
« qui en sont atteints. Que de mélancoliques, en effet,
« dissimulent — semblables en cela à nombre de per-
« sécutés — leur délire, pour obtenir la liberté dont ils
« abusent ensuite pour se tuer ou même pour se livrer
« à des actes dangereux pour la sécurité d'autrui ! La
« mise en liberté de tels malades avant complète gué-
« rison doit donc être considérée comme une sortie pré-
« maturée et un danger pour la sûreté publique. »

C'est une ligne de conduite, pour ainsi dire presque unaniment adoptée, que de soumettre à une longue période de traitement à l'asile, les cas les plus divers et ceux de nature mal définie, où l'on a pu soupçonner que les aliénés étaient portés à se vouloir du mal. Mais ici encore, comme le fait remarquer le Dr Howden, on ne peut formuler aucune règle, applicable à tous les cas.

En 1875, à Glasgow, la société médico-psychologique de Grande-Bretagne (1), a mis à l'ordre du jour d'une de ses séances trimestrielles, cette question de la libération des suicidéurs. La discussion prouva une tendance générale favorable à la prolongation de l'internement. Chacun tint à faire part des résultats de son expérience personnelle, émettant cet avis que chaque cas apporte en lui les éléments de sa solution. Le Dr Rutherford rappelle l'observation suivante : « J'ai eu autrefois dans
« mon service un jeune garçon employé comme do-

1. Discussion, in *The Journal of mental science*, 1875.

« mestique chez un hôtelier. Un dimanche après-midi
« (il s'était apparemment très bien porté jusque-là), il
« lavait des assiettes, quand tout à coup son patron
« entendit du bruit, ce qui l'amena à entrer dans l'office.
« Il trouva le jeune garçon pendu derrière la porte au
« rouleau à serviette. Il était renversé et resta quelque
« temps évanoui. Le lendemain on l'amena à l'asile où
« jamais il ne montra le moindre signe de folie. Il nia
« toute connaissance de l'accident et me confia qu'il se
« rappelait tout ce qu'il avait fait, jusqu'à un certain
« moment où il était en train de laver la vaisselle ; mais
« à partir de cette minute, il ne se souvenait plus de
« rien. »

« Il était excessivement difficile de savoir que faire
« en telle occurrence. Ses amis vinrent du Lincolnshire
« pour le réclamer et voulurent le ramener chez lui.
« Nous le gardâmes un mois, au bout duquel nous le
« mîmes en liberté. »

Le D^r Rorie, exprimant ses craintes qu'une telle façon de faire ne fût pas sans danger, le D^r Howden en manière d'approbation, rapporte le fait suivant : « Je me
« souviens qu'il y a environ vingt ans, un malade fut
« amené à Morningside. Au moment de l'admission, il
« était en plein état maniaque. C'était un boucher du
« comté de Fife qui avait attenté à ses jours. Il était
« très agité, mais comme le jeune homme de tout à
« l'heure, il guérit parfaitement. On le garda à l'asile
« six ou huit mois. Il avait à sa disposition des
« couteaux et des faulx et jamais il ne tenta de se dé-
« truire. Il fut mis en liberté comme guéri. Il sortit et

« la nuit même de son départ se trancha la gorge.

« Vous ne pouvez cependant pas retenir un tel malade toute sa vie durant, dans un asile ! »

Le Dr Campbell pense aussi qu'il ne faut pas indéfiniment séquestrer des aliénés qui sont tranquilles. Il se souvient du cas d'un homme, qui comptait des fous dans sa famille. Un jour qu'il avait fait un mauvais marché, il se pendit. Par bonheur, la corde cassa. Il manifesta son repentir d'avoir ainsi agi, et jamais plus il n'essaya de se suicider. »

Le débat pris fin sur une réflexion du Dr Yellowlees qui occupait le fauteuil de la présidence :

« Le malade a de nombreuses occasions de se suicider, dans l'intérieur même de l'asile : il n'en profite pas ; mais qu'on le mette en liberté, la première occasion sera la bonne ; il ne la laissera pas échapper.

« J'ai noté le cas d'un forgeron du pays de Galles ; à l'asile et selon toutes les apparences il n'avait jamais pensé à se détruire ; je le fais sortir à titre d'essai, quelques jours après on retrouve son cadavre dans le puits d'une mine de houille. »

En ce qui concerne les maniaques le Dr Rutherford incline à penser qu'ils sont susceptibles d'être libérés à une date plus précoce que les mélancoliques. Ce n'est pas l'avis du Dr Taguet, pour qui les sorties d'essai ne sont guère applicables aux maniaques : « Elles amènent chez eux une aggravation du délire, ou laissent subsister chez le malade quelque chose d'anormal, d'insolite qui prédispose à une rechute lorsque l'affection ne passe pas à un état chronique. »

Le Dr Campbell exclut de la mesure les suicideurs et les impulsifs ; de même les maniaques, chez lesquels les accès de manie sont fréquents et mal définis dans leur date de réapparition ne lui semblent pas aptes à bénéficier de ce mode de traitement. Dans sa communication à la société médico-psychologique, à Glasgow, il énumère les différentes affections pour lesquelles, le temps d'observation à l'asile peut être réduit à ses plus courtes limites.

Ce sont : 1° *La folie puerpérale* ; c'est une affection qui tend vers la guérison d'une façon presque toujours certaine. Le Dr Howden dit aussi que ces malades, dès qu'ils commencent à revenir à la santé, continuent le plus souvent dans la bonne voie.

2° La folie alcoolique (*Insanity of drinking*) dans sa forme aiguë ou la sobriété seule est nécessaire pour prévenir le retour de l'affection mentale.

3° Les formes d'aliénations consécutives à un état d'infériorisation, de moindre résistance de l'organisme, tel que ceux qui font suite à l'allaitement prolongé et à l'inanition, dans lesquels l'amélioration mentale et somatique a été progressive et simultanée.

4° Les cas d'agitation dépendant d'un trouble fonctionnel, la folie hystérique.

5° Les cas de crises périodiques de manie, dans lesquels l'histoire de la maladie montre distinctement la tendance de l'affection à être de brève durée et fait pressentir les longues rémissions. »

Le Dr Fairless (1) ajoute qu'on pourrait étendre aux

1. FAIRLESS. *The journal of mental Science*, 1875.

malades atteints de délire toxique les avantages des sorties précoces : « Il n'y a pas bien longtemps j'eus à
« m'occuper d'un malade que je pris pour un maniaque :
« le lendemain de son arrivée, il me parut en bonne
« santé. En fouillant l'observation, j'appris qu'il avait
« souffert d'un rhumatisme, sans nul doute il avait usé
« de narcotiques ; je priai ses amis de vouloir bien l'em-
« mener, car je considérais comme une méprise son envoi
« à l'asile. Une semaine plus tard, il en était sorti. On
« le revit par la suite au temple, participant à la com-
« munion. Jamais depuis sa sortie il n'avait présenté
« les symptômes de son affection antérieure. »

Ainsi que MM. Lefèvre et Rodiet l'ont fait remarquer les sorties provisoires conviendraient tout particulièrement aux alcooliques, « que notre législation oblige à considérer comme des aliénés et ne permet point de retenir au delà de la période délirante souvent fort courte (D^r Rodiet). « Rendu à la vie libre, mais
« considéré comme convalescent, soumis à une surveil-
« lance médicale, guidé par conséquent et aussi se
« sachant sous la menace d'être réintégré sans délai,
« l'alcoolique éviterait peut-être moitié par conseils,
« moitié par crainte, la rechute fatale. Dans le Finistère
« et dans le Jura, c'est surtout pour les alcooliques
« qu'on emploie les sorties d'essai, parce que, disent
« les médecins, une menace de réintégration les engage
« à la tempérance. »

En France neuf asiles envoient en liberté provisoire tous les aliénés sans distinction ; il est hors de doute qu'en pareil cas le souci thérapeutique n'entre pas seul

en jeu et sans doute le besoin de désencombrement vaut-il à la mesure d'être si largement dispensé. On ne pense pas à guérir ni même à améliorer des déments, mais on tâche par le moyen de l'essai de se rendre compte s'ils pourront ultérieurement revenir d'une manière définitive au sein de la famille. Aucune mention spéciale n'est faite pour les déments précoces, et pour les persécutés. Nous n'avons pas eu l'heur de rencontrer des observations qui puissent nous faire connaître ce que la méthode a pu leur procurer d'avantageux.

Nous pensons cependant que si d'aucuns malades présentant des idées de persécution, ses alcooliques persécutés par exemple sont admis à en bénéficier, les délirants systématisés doivent être exclus de la mesure.

Observation V (1)

M^{me} M..., 32 ans, modiste, sans antécédents héréditaires.

Cette malade appartient à la catégorie d'aliénés que Morel appelle gémisseurs, et peut servir de type comme malade du genre : les yeux sont hagards, les traits tirés ; de la bouche, toujours entr'ouverte, il n'en sort qu'un cri plaintif et continu. Les bras tombent inertes le long du corps, la malade reste dans l'immobilité la plus absolue, se raidit avec force lorsqu'on veut la pousser en avant. Il faut la faire manger comme un enfant et n'employer que des aliments liquides, non pas qu'elle refuse ce

1. In TAGUET. *Ann. méd. psych.*, 1879, t. II.

qu'on lui présente, mais par suite d'une lésion complète de la volonté ; il semble qu'elle se laisserait mourir par paresse plutôt que de faire un effort sur elle-même. Les affusions froides, les décharges électriques ne modifient en rien cette torpeur. L'amaigrissement est excessif, la faiblesse musculaire considérable, œdème des jambes.

La malade était à l'asile depuis un mois environ, lorsque son mari vint la voir. M^{me} M... lui prend les mains avec effusion, pleure abondamment, mais ne peut trouver une seule parole ; sa physionomie exprime tout le bonheur, tout le contentement qu'elle éprouve. Ce ne fut qu'un éclair et la malade retomba dans son délire avec l'éloignement de son mari. Huit jours après, de nouvelles visites. M. M... est accompagné des ses cinq enfants encore en bas âge. La malade voulut quitter le lit, elle embrassa ses enfants, consentit à manger quelques friandises avec eux, sembla prendre part à la joie de tous ; cette fois encore on ne put la décider à parler, elle s'attachait à eux, ne voulait plus les quitter, la séparation fut des plus pénibles. A dater de ce moment, M^{me} M... commença à manger en cachette ; l'appétit ne tarda pas à devenir excessif, l'état physique devint plus satisfaisant.

Sur la demande de la famille, la malade fut autorisée à sortir en ville pour quelques heures. Elle s'occupa dans l'intérieur de son ménage, aida elle-même à faire le diner, prit soin de ses enfants et, pour la première fois depuis quatre mois, s'informa de leurs besoins, fit des projets ; la guérison semblait complète. M^{me} M... rentra à l'asile un peu plus triste, un peu plus préoccupée que dans la journée ; elle nous promit de s'occuper pour mériter bientôt sa mise en liberté. A notre visite du lendemain, nous trouvons la malade dans un état voisin de la stu-

peur ; la physionomie reprend l'expression des mauvais jours, elle reste sourde à toutes nos demandes.

Sur notre prière, M. M... consentit à prendre sa femme pour quelques jours, et nous remit à cet effet une demande écrite par laquelle il s'engageait de cesser son travail extérieur, pour s'adonner tout entier aux soins que réclamait la malade. J'écrivis à M. le Préfet une longue lettre dans laquelle, après avoir fait connaître la situation de la malade, je demandai la sortie à titre d'essai, comme moyen de traitement. M. le Préfet, invoquant les décisions de ses prédécesseurs, me fit répondre verbalement qu'il regrettait de ne pouvoir accéder à ma demande. La malade sortit, comme d'habitude, le dimanche suivant sous la conduite de son mari ; le soir il fut impossible de la ramener. Cette fois encore elle était revenue à la raison, elle pria et elle supplia tant, qu'on consentit à la garder. Le mari vint nous voir trois jours après ; l'amélioration s'étant maintenue et la guérison semblant prochaine, nous demandâmes la mise en liberté. Six mois se sont écoulés depuis cette époque, nous n'avons plus entendu parler de la malade.

Observation VI (*in* Taguet).

M^{me} D..., sans profession, 21 ans, sans antécédents héréditaires.

Cette malade est atteinte de manie puerpérale ; l'affection a débuté il y a huit jours environ. Le lendemain de l'admission, je constate une bronchite aiguë ; la fièvre est intense. Les seins sont considérablement engorgés. L'excitation est excessive, la malade cherche à se tuer, cris continuels, insomnie que rien ne peut combattre ; elle refusé tout ce qu'on lui présente, on

lui fait prendre à la sonde un peu de bouillon et de lait. La bronchite cède d'elle-même, la tuméfaction des seins également sous l'influence d'une compression méthodique.

La malade était à l'asile depuis quinze jours environ, lorsqu'on crut reconnaître qu'elle présentait chaque jour, vers les 2 heures, une agitation excessive avec chaleur de la peau. Appelée pendant un de ces accès, il me fut facile de constater qu'il existait de la fièvre; il ne me fut pas possible de prendre la température.

Je fis donner à la malade 1 gr. 50 de quinine pris en trois jours.

Les accidents cessèrent complètement pour ne plus se renouveler. M^{me} D... n'a aucune conscience de sa situation; désordre, incohérence complète tant dans les actes que dans les paroles, alternatives d'excitation et de dépression. Son mari vient la voir deux fois par semaine et ne peut en obtenir une seule parole raisonnable; elle ne semble pas le connaître, pleure ou rit, répond toujours à la troisième personne. Si on s'informe de sa santé, elle dit aussitôt que Jean ou Jacques n'est pas malade, ou bien elle change de conversation, c'est un mélange étrange de noms, de choses qui n'ont entre elles aucun rapport, aucune association. Les sentiments effectifs sont nuls, la mémoire obtuse, elle n'a pas d'enfants, n'en a jamais eu.

Elle sort un jour sous la conduite de son mari. La physionomie ne trahit ni joie, ni peine; elle se laisse habiller sans demander où elle va.

On gagne les champs; M^{me} D... court devant elle sans savoir où elle porte ses pas, on a beaucoup de peine à la suivre; si elle s'arrête quelques instants, c'est pour reprendre avec plus d'ardeur sa course folle. Elle rentre chez elle épuisée, fatiguée;

elle prend quelques aliments en commun et, pour la première fois depuis un mois et demi, elle dort d'un sommeil calme et paisible. Elle nous fut ramenée le lendemain seulement. Nous constatons chez elle le même désordre, la même incohérence, alors qu'elle semblait, nous dit le mari, avoir recouvré en dehors de l'asile une partie de ses facultés intellectuelles.

Huit jours, après, nouvel essai. Celui-ci fut plus décisif que le premier. Mme D... s'occupa de son ménage, s'informa de son enfant, ce qui ne lui était jamais arrivé, témoigna le désir de le voir, de l'embrasser ; puis, changeant brusquement d'idée, elle pria son mari de ne pas le lui montrer, ne se sentant pas encore assez de courage pour l'aimer. La malade rentre à l'asile sans difficulté; l'amélioration constatée au dehors est à peine appréciable, même activité désordonnée, elle ne tient pas en place, commence dix fois le même travail, sans le terminer, impossible de fixer son attention d'une manière soutenue, conscience très incomplète de sa situation ; elle ignore même le lieu où elle se trouve. Le mari, sur ma prière, consent à la reprendre, elle part pour la campagne: au bout de quelques jours, la guérison était complète. Se serait-elle produite à l'asile dans ce laps de temps? C'est plus que douteux.

Observation VII (*in* Taguet)

Mme S..., 33 ans, sans profession; pas d'antécédents héréditaires.

Le délire ici s'est développé lentement; la malade était depuis longtemps triste, préoccupée, elle ne se rendait pas elle-même compte de ce qu'elle éprouvait. Un jour elle quitte brusquement la maison, à peine vêtue et sans autre argent que celui

qui était nécessaire pour payer son passage à bord d'un navire faisant la traversée de Toulon à Alger. La Sainte Vierge lui était apparue et lui avait donné l'ordre de se mettre à la recherche de son mari, commissaire de la marine ; elle est arrêtée à Constantine.

M^{me} S... arrive à l'asile dans un état de lassitude excessive, elle refuse de répondre, de manger ; l'haleine est d'une fétidité extrême. Hallucinations de l'ouïe et de la vue, la Sainte Vierge lui apparaît comme par le passé, ou la surprend souvent prêtant l'oreille à des voix mystérieuses.

Elle se plaint bientôt d'être damnée, de recevoir pendant son sommeil les embrassements du démon, elle se promène toute la nuit ou reste assise sur son lit pour éviter son étreinte ; vains efforts, il la domine et s'en empare complètement, il a élu domicile dans son ventre, elle le sent ; pour l'en débarrasser elle fait constamment des mouvements de mastication. L'insomnie, jointe à ce jeu continuel des muscles, amène une faiblesse profonde ; la malade prend la vie en dégoût, la mort lui semble préférable aux tourments qu'elle endure ; elle se considère comme un objet de réprobation, tout lui crie sa honte ; un jour elle cherche à s'étrangler, une autre fois elle se laisse tomber dans le feu. Dans les quelques moments de calme que lui laisse son délire, M^{me} S... demande sa sortie avec instance.

Son mari accède à sa prière, espérant que le changement de milieu pourra modifier son délire ; son état physique est d'ailleurs si gravement compromis qu'il est à craindre une issue funeste, prochaine, que la famille veut éviter à tout prix de se produire à l'asile.

Quelques jours après, M. S... nous écrit que sa femme allait de mieux en mieux « Toutes ses idées de diables, d'enfer, qui la

possédaient, ont complètement disparu; aujourd'hui elle travaille, s'occupe de son intérieur, en un mot elle est en bonne voie de guérison. »

Observation VIII (*in* Taguet)

Mme L..., 48 ans, pas d'antécédents héréditaires.

La malade est atteinte de panophobie; elle tremble au moindre bruit, s'isole, se couche sur le sol la tête cachée dans son tablier, passe des journées entières dans un mutisme complet; si on lui adresse la parole, elle pleure et gémit; a fait trois tentatives de suicide. Elle ne veut prendre son repas que de la main d'une religieuse; il faut l'habiller, état de faiblesse musculaire considérable. La visite de ses parents la tire de sa torpeur; elle leur demande avec instance sa mise en liberté, s'attache à eux ne veut plus les quitter; elle promet de s'occuper, de travailler, elle n'est pas folle, elle va le devenir.

L'état physique s'aggravant chaque jour, j'engage sa famille à la reprendre; elle y consent. Cette heureuse nouvelle trouve la malade complètement indifférente, elle secoue tristement la tête, elle ne veut pas y croire, elle est condamnée à mort, elle doit mourir ici, elle ne se rend à l'évidence qu'après avoir quitté le seuil de la maison. Elle était séquestrée depuis vingt-deux mois. Huit jours après, nous avons des nouvelles de la malade, elle était encore un peu triste, un peu préoccupée, mais elle avait repris ses habitudes, elle est en liberté depuis seize mois.

Observation IX

L'observation qui va suivre et que nous devons à l'obligeance du Dr Antheaume, est curieuse à plus d'un titre. Il s'agit d'un accès maniaque qui traînait en longueur et faisait redouter la chronicité. Une amélioration notable étant enfin survenue dans l'état du malade, on proposa la sortie d'essai; une guérison rapide s'en suivit, dont la famille commençait à désespérer.

Le lieutenant S..., âgé de 27 ans, entre le 4 décembre 1902 à la Maison Nationale de Santé.

Le certificat de vingt-quatre heures est conçu en ces termes : « M. S... paraît atteint de manie, divagations étendues, « vagues idées de persécution, illusions sensorielles. »

Signe : Dr CHRISTIAN.

Le certificat de quinzaine porte :

M. S..., entré le 4 décembre 1902, est atteint de manie. Délire très étendu, trois divagations mystiques, illusions sensorielles, hallucinations probables. Demande sans cesse un revolver pour se tuer.

Signé : Dr CHRISTIAN.

En janvier 1903, le malade systématise ses idées de persécution; il se dit la victime de sa famille qui le séquestre et veut le faire disparaître pour le frustrer de l'héritage d'un oncle.

En avril, il se livre à une tentative de suicide; au cours d'un raptus mélancolique, il essaie de se couper la gorge, pendant le

déjeuner, à l'aide d'un couteau de table. Les infirmiers ont le temps de l'en empêcher.

Le malade persiste dans ses idées de persécution ; il est persuadé qu'il ne sortira de l'Asile que pour aller au cimetière ; cet internement à vie l'épouvante et, dès le mois de mai, il veut se laisser mourir de faim. C'est à cette époque qu'on commence à le nourrir à la sonde.

En juillet, et toujours sous l'empire du même délire, le malade s'acharne à se trancher un doigt avec les dents. La plaie infectée détermine un foyer de suppuration profonde qu'on est obligé d'inciser.

En septembre, une amélioration se produit. Le lieutenant S... semble plus calme. Il mange seul par intervalles, fait preuve de moins de malveillance à l'égard de son entourage. Mais ce mieux ne dure pas : le mois suivant, le malade retombe dans le mutisme et refuse de manger. Par moments, il devient violent, il essaie de mordre et de frapper malades et gardiens.

Cet état persiste, toujours le même, sans apparence de mieux jusqu'en février 1905. A cette époque, le malade est alimenté à la sonde, il ne parle pas et se livre toujours à des actes de violence. Il se déshabille et met ses vêtements en loques.

Au mois de mars, un changement considérable apparaît dans l'état mental. Le lieutenant S... semble revenir à lui-même : il mange seul, cause volontiers de toutes choses, s'intéresse à sa situation et à ses études antérieures. Il est parfaitement calme.

Au mois de mai, le Dr Antheaume accorde une sortie d'essai pour un mois au lieutenant S..., que sa famille s'engage à surveiller et à entourer des soins nécessaires à son état. Le mieux persiste et s'accroît jusqu'au complet rétablissement, pendant les prolongations successives de l'essai. Le lieutenant S...

revient en novembre à l'Asile, quelques jours avant de partir, afin de régulariser sa situation. On le trouva, gai, lucide et bien portant ; il avait engraisé et ne semblait pas avoir physiquement souffert de cette longue et pénible épreuve.

Le 9 novembre 1905, le Dr Antheaume signe le permis de sortie définitive, appréciant ainsi l'état du malade : « M. S... ne
« présente plus actuellement de troubles mentaux suffisants
« pour le maintenir dans un établissement d'aliénés. Depuis
« plusieurs mois, cet officier se montre lucide, conscient et cor-
« rect dans ses actes. Je le considère comme guéri de l'accès
« d'aliénation mentale qui a motivé son placement... En consé-
« quence, j'estime qu'il y a lieu de demander la sortie du lieu-
« tenant S..., qui sera remis à l'autorité militaire. »

Depuis le lieutenant S... a repris ses occupations militaires et sert actuellement dans un régiment d'artillerie du midi de la France. Il n'a pas oublié les médecins qui l'ont si heureusement soigné : sa carte de visite leur a apporté ses remerciements et son meilleur souvenir.

Les chiffres suivants que notre maître le Dr Ritti a bien voulu nous communiquer ne sont pas d'un moindre intérêt. Les interpréter, c'est en quelque sorte rappeler ce que nous avons dit plus haut, au sujet des garanties et des précautions dont on devait entourer la sortie d'essai.

En 1905, cinquante-deux malades traitées à Charenton dans le service des dames, ont obtenu leur sortie de l'asile. Sur ce nombre, neuf pensionnaires améliorées ont été libérées à titre d'essai. Une simple règle de trois mois nous montre la large part faite aux sorties

d'épreuve, 17, 30 pour 100 du total global des mises en liberté.

Sur ce total de neuf sorties d'épreuve, huit ont été accordées à des mélancoliques, On voit que cette catégorie de malades a presque exclusivement été appelée à bénéficier de la mesure, la neuvième malade étant atteinte de folie hystérique.

Trois malades sont revenues à la Maison Nationale ; la sortie de deux d'entre elles avait été déconseillée par le D^r Ritti à la famille : l'une des pensionnaires, une hystérique avait été reprise par ses parents, séduits par un de ces semblants d'amélioration, passagers et fugaces, comme la malade en avait déjà présenté antérieurement.

L'autre était une mélancolique hypochondriaque qui avait tenté de tuer ses enfants et de se suicider ensuite ; son état s'aggrava au dehors et si promptement qu'on dut la ramener à l'asile au bout de huit jours.

Dans les six premiers mois de 1906, huit sorties à titre d'essai ont été enregistrées, dont trois suivies de réintégration. Il convient également de faire ici cette remarque, que le D^r Ritti avait émis un avis défavorable quant à la sortie de ces trois malades.

Obs. I. — M^{lle} Cr..., âgée de 47 ans, est une de ces dernières. Admise à la Maison Nationale en juin 1902, son état donna lieu à une telle rédaction du certificat de vingt-quatre heures.

M^{lle} Cr..., paraît atteinte de débilité mentale avec idées de persécution, tendances hypochondriaques, culpabilité imaginaire, hallucinations de l'ouïe, excitations.

Signé : D^r ANT. RITTI.

Le certificat de quinzaine portait :

M^{lle} Cr..., est atteinte de mélancolie avec idées de persécution et d'empoisonnement. Craintes imaginaires, refus d'alimentation. Doit être maintenue.

Signé : Dr ANT. RITTI.

En 1906, son état n'était guère meilleur ; cependant le délire paraissait s'extérioriser avec moins d'intensité, les actes impulsifs se faisaient plus rares. Les frères de la malade, qu'alarmait chez leur sœur, une affection intestinale tenace, la reprirent avec eux pour essai le 9 janvier 1906. Le 7 mars 1906, l'état somatique s'étant amélioré, mais l'état mental étant peut-être plus troublé qu'avant la sortie ils lui firent réintégrer l'asile.

La sortie, inopportune, avait donné un coup de fouet aux tendances impulsives de la malade, qui presque tous les jours cherchait à frapper les autres pensionnaires de sa division.

Obs. II. — M^{me} Vve P..., âgée de 47 ans, n'a également rien gagné à une sortie prématurée.

Le certificat de vingt-quatre heures la concernant était ainsi conçu :

M^{me} Vve P..., paraît atteinte d'une aliénation mentale, caractérisée par de la mélancolie avec anxiété, craintes imaginaires, préoccupations hypochondriaques, idées et tentatives de suicide.

27 décembre 1905.

Signé : Dr RITTI.

Depuis un certain temps déjà, sous l'empire d'idées mélancoliques, M^{me} P..., négligeait sa toilette, se rongait les ongles,

mâchonnait des allumettes, et se renfermait dans un mutisme absolu. Elle s'accusait d'avoir trompé la confiance de tous, de n'avoir plus de volonté. Elle se plaignait aussi d'avoir les yeux comme morts; elle avait quelque chose de dérangé dans le cou et dans la colonne vertébrale.

Dans la première quinzaine de mars, on est amené à noter une légère tendance à l'amélioration. La malade ne désespère plus de guérir; elle semble se rendre compte qu'elle a déliré et montre plus de confiance dans le médecin.

Le 25 mars. — Ses fils veulent faire un essai et la reprennent, malgré l'avis défavorable du D^r Ritti.

La malade réintègre l'asile dès les premiers jours de juin, amaigrie, fatiguée, l'air égaré. Le certificat de vingt-quatre heures constate ainsi son état :

M^{me} Vve P..., est atteinte de mélancolie avec anxiété, craintes imaginaires, panopobie, troubles de la sensibilité générale, excitation, tendance au suicide.

Signé : D^r RITTI.

Obs. III. — L'épreuve d'essai a signifié aux parents de M^{lle} L... de la ramener à l'Asile.

Internée le 9 janvier 1906, M^{lle} L..., âgée de 34 ans, paraît atteinte, dit le certificat de vingt-quatre heures, d'une aliénation mentale caractérisée par de la mélancolie avec anxiété, craintes imaginaires, préoccupations hypochondriaques, idées d'empoisonnement, troubles de la sensibilité générale.

Elle parut à la Maison Nationale s'améliorer assez promptement; elle ne faisait que dissimuler et laissait parfois dans ses actes transparaître son délire.

Ses parents, ne tenant aucun compte des avertissements

pleins de prudence du Dr Ritti, exigèrent sa sortie, curieux de voir comment elle allait se comporter au dehors.

La rechute ne tarda pas à se produire et le malade regagna sa division le 27 avril 1906.

Les autres malades, sortis pour essai en temps opportun et sur les conseils éclairés du Dr Ritti, ont vu leur état s'améliorer, et ont acquis de ce fait droit à rester définitivement en liberté.

Le certificat de vingt-quatre heures était ainsi conçu à l'endroit de M^{lle} T..., âgée de 49 ans :

Obs. IV. — M^{lle} T..., paraît atteinte d'une aliénation mentale caractérisée par de la débilité mentale avec excitation maniaque, préoccupations hypochondriaques, tendance au suicide, insomnie.

Entrée à Saint-Maurice le 12 mai 1905, elle fut, sur les conseils du Dr Ritti, reprise en essai par ses parents le 30 mai 1906.

Obs. V. — M^{me} L..., âgée de 47 ans, en était à sa quatrième entrée à la Maison Nationale. Une quatrième fois, on sollicita son admission à Saint-Maurice, après un essai malheureux déconseillé par le médecin traitant.

Le bulletin de vingt-quatre heures portait, à la date du 6 mars 1905 : M^{me} L... atteinte de mélancolie avec mutisme, immobilité, excitation par intervalles, tendance aux actes violents.

Signé : Dr RITTI.

Le 31 janvier 1906, elle sort en essai, améliorée. De bonnes nouvelles nous sont parvenues sur son état mental.

Obs. VI. — M^{lle} G..., âgée de 35 ans, avait déjà été traitée dans une maison de santé, avant son admission à Charenton, pour des

troubles mentaux survenus à la suite du départ de son frère pour le service militaire.

Elle avait de l'hérédité dans sa famille et quelques mois après sa sortie de cette première maison, elle se trouva dans un état de santé mentale qu'apprécie en ces termes le certificat de vingt-quatre heures, fait à Saint-Maurice le 17 juin 1905 :

M^{lle} G..., paraît atteinte d'une aliénation mentale, caractérisée par de la mélancolie, des obsessions multiples, des craintes imaginaires, des idées de culpabilité, de la tendance au suicide...

Vers la fin de 1905, les obsessions s'atténuent dans leur fréquence, les craintes s'apaisent, la gaieté est reparue avec le sommeil.

Son frère, quelque temps après, manifeste le désir de la reprendre en essai. Il y est vivement encouragé par le Dr Ritti qui fait sortir la malade le 26 février 1906.

Des nouvelles récentes nous apprennent que la malade se porte bien à tous les points de vue.

Obs. VII. — M^{me} veuve F..., âgée de 65 ans, est entrée à l'asile en juillet 1905.

Le certificat de vingt-quatre heures attestait :

M^{me} veuve F..., paraît atteinte d'une aliénation mentale, caractérisée par de la mélancolie avec auto-accusation, idées de négation, refus d'alimentation. Egratignures sur face et nez.

La malade s'accuse d'avoir ruiné les siens, d'être la cause des catastrophes qui désolent l'univers.

« Tout le monde est par elle annihilé. » Elle est morte depuis trois ans, n'a plus d'estomac, a des yeux et ne voit pas.

La malade, quelque temps alimentée à la sonde, ne tarde pas à reprendre convenablement de la nourriture. Elle dort mieux

et se montre plus calme. Cependant, ses idées d'auto-accusation ne la quittent pas.

Elle sort en essai le 30 avril 1906, améliorée, et continue à se bien trouver au dehors.

Obs. VIII. — Mme H..., âgée de 53 ans, entrée à la Maison Nationale, le 30 mars 1906, « pour une aliénation mentale caractérisée par de « la mélancolie avec anxiété, idées de persécution, hallucinations de l'ouïe, excitation, insomnie », est, dans les premiers temps de son séjour à l'asile, tourmentée sans répit par ses hallucinations auditives.

Très anxieuse, elle s'apeure de craintes imaginaires, exprime à tout moment des idées de ruine, se défie de tout son entourage. Elle refuse de s'alimenter, appréhendant le poison, et dès son entrée, est alimentée à la sonde.

Soumise au traitement opiacé (début par quinze gouttes de laudanum dans un julep, auxquelles on ajoute chaque jour cinq gouttes, jusqu'à concurrence de cent gouttes prises pendant quinze jours, et brusquement supprimées), elle devient moins anxieuse, se confie de meilleure grâce au médecin, porte attention à ce qui se passe autour d'elle. Peu à peu, sa figure s'éclaire; la malade devient presque bienveillante, et remercie le Dr Ritti des soins qu'il ne cesse de lui prodiguer. Elle se remet à manger seule.

Ses enfants, sur les conseils du Dr Ritti la reprennent avec eux en essai. Sa sortie est accordée le 30 mai 1906.

Une lettre que son fils adressa le 7 juin 1906 au Dr Ritti, est ainsi conçue :

« Je suis heureux de pouvoir vous dire aujourd'hui que ma « bonne mère va beaucoup mieux... elle fait quatre repas par

« jour, régulièrement... Elle s'occupe un peu, elle dort toutes
« les nuits, elle est gaie... Par moments, elle est encore pensive,
« je crois qu'elle écoute encore un peu ce qu'elle entend; mais
« elle se rend compte que cela n'existe pas et elle reprend vite
« possession d'elle-même, »

La sortie par amélioration, avant guérison complète, a donné
ici la mesure de son efficacité. On ne pouvait en attendre un
résultat meilleur.

Ces huit essais prennent place parmi les 45 sorties,
enregistrées dans le courant du 1^{er} semestre de 1906, et,
si nous cherchons à établir ici le pourcentage fait plus
haut pour l'année 1905 nous verrons qu'ils figurent
dans ce total pour la respectable proportion de 17,77
pour 100.

CONCLUSIONS

1° Les sorties provisoires à titre d'essai, bien qu'elles ne soient pas encore entrées dans la légalité, se recommandent à la pratique des médecins d'asile par de nombreux avantages.

2° Mesure à la fois humanitaire et thérapeutique, elles sont utiles aux malades dont elles contribuent dans certains cas à hâter la guérison ; elles constituent le meilleur agent de la réadaptation progressive de l'aliéné au milieu social ; par ce moyen, elles luttent contre la chronicité et préviennent les rechutes ; c'est ici leur rôle de prophylaxie.

3° Permettant, en cas d'insuccès, la facile réintégration de l'aliéné, elles sont une garantie de plus à la sortie des malades et s'opposent aux inconvénients des internements prolongés. Elles sont encore au malade d'un autre profit, en ce qu'elles obligent les familles à ne pas se désintéresser de lui, à lui garder sa place au foyer.

4° Puissant moyen pronostique, elles sont pour le médecin la meilleure « pierre de touche » et lui apportent le plus sûr pronostic de la guérison.

5° Accessoirement elles aident au désencombrement des asiles, et leur emploi peut alléger les dépenses imposées aux budgets hospitaliers et départementaux.

6° Applicables en théorie à tous les convalescents d'affections mentales, calmes et non dangereux pour eux-mêmes et pour la société, elles ont donné les meilleurs résultats chez les mélancoliques.

7° Pour que le médecin puisse tirer de la mesure tout ce qu'elle offre d'avantageux, il doit satisfaire aux suivantes conditions :

α) Connaître parfaitement le malade.

β) Connaître l'entourage ; se rendre compte de la mentalité des parents et de leurs dispositions vis-à-vis de l'interné.

γ) Savoir quelle est la condition de l'aliéné et de quelles ressources il dispose.

8° Pour que la convalescence soit bien conditionnée, il sera nécessaire d'allouer des secours en argent aux aliénés pauvres, libérés provisoirement. En évitant au malade le souci du pain à gagner, on pourra dans une certaine mesure conjurer la rechute ;

9° Les sorties provisoires sont d'une pratique relativement facile, en ce qui concerne les placements volontaires ; pour les placements d'office, elles s'entachent de difficultés majeures. Il serait à souhaiter qu'une loi vienne, à ce point de vue, dégager la responsabilité du médecin traitant, en autorisant l'usage des sorties provisoires à titre d'essai.

Vu : le Président de la thèse,

JOFFROY

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES. — *Année 1877.* — T. XVII, p. 307. Loi concernant le régime des aliénés dans l'empire ottoman.
- T. XVII, p. 303. Rapport des Inspecteurs généraux pour le service des aliénés en Angleterre, en Écosse et en Irlande pendant l'année 1875.
- Année 1879.* — T. I, p. 282. Des sorties provisoires Discussion: Baillarger, Blanche, Lasègue, Lunier, Legrand du Saulle, Pouzin.
- Année 1883.* — T. X, p. 106. Des garanties à apporter à la sortie des aliénés des établissements publics et privés. Falret, Motet.
- Année 1884.* — T. XI, pp. 142-283 à 310.
Suite de la discussion précédente :
Baume, Bigot, Blanche, Dally, Dagonet, Delasiauve, Christian, Espiau de Lamaëstre, Falret, Foville, Labitte, Legrand du Saulle, Lunier, Motet, Voisin.
- T. XI, p. 266. Rapports sur les projets de réforme relatifs à la législation sur les aliénés.
- Année 1885.* — P. 118. Proposition de nomination d'une commission chargée de résumer les opinions de la Société sur les divers projets de revision de la loi de 1838.
- Année 1886.* — T. VI, p. 261. Projet de loi Th. Roussel.

Année 1896. — 8^e série, t. III, p. 421. Projet de loi fédérale suisse sur les aliénés.

— Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Nancy, 8^e série, t. IV, p. 192.

AUZOUY. — Des sorties à titre d'essai. *Ann. méd.-psych.*, 1876, 5^e s., t. XV.

BERTRAND. — Loi sur les aliénés. Procès-verbaux de la Commission chargée d'étudier les modifications à introduire dans la loi du 30 juin 1838. Paris, 1872.

CAMPBELL. — Relation de trois très courts accès d'aliénation mentale, avec remarques sur la mise en liberté des aliénés guéris. *In The Journal of Mental Science*. Octobre 1875, p. 403.

CHAMRARD. — Casuistique sur la mise en liberté des aliénés. *In Ann. méd.-psych.*, 7^e s., t. VIII, 1888.

CHRISTIAN. — *In Ann. méd.-psych.* Février 1897, p. 70.

CULLERRE. — Documents d'outre-mer; no-restraint et open-door. *In Ann. méd.-psych.*, 1904, 8^e s., t. XIX.

DAGONET. — Traité des maladies mentales, 1862.

— Réformes à introduire dans la loi de 1838. 1891.

DECHAMBRE. — Dict. encyclopédique des sc. médic., 1^{re} s., t. XX, 1^{re} partie.

FRANCOTTE. — Le traitement avant et après la folie confirmée. *In Bull. Acad. Royale de Médecine de Belgique*, 31 mars 1906.

GARNIER. — Internement des aliénés. *Rapport au Congrès de Nancy*, 1896, p. 39.

GIRAUD. — Des aliénés convalescents. *Rapport au III^e Congrès d'Assistance publique de Bordeaux* en 1903, vol. III, p. 298, 1904.

GÜNTZ. — Sorties avant guérison complète. In Irren Freund, 1871. Analysé par le Dr Châtelain, *in Ann. méd.-psych.*, 1873, t. 9.

HOSPITAL. — Des sorties d'essai et des congés de distraction, *in Annales méd.-psych.*, 1903, 8^e s., t. 18, p. 539.

KÉRAVAL. — Rapport au Congrès international d'assistance publique, 1889. *Actes du Congrès*, t. II, p. 305.

- LANDOR. — Des congés temporaires à titre d'essai, in *American Journal of Insanity*, avril 1876. Analysé par A. Foville, in *Ann. méd.-psych.*, 1879, t. 1, p. 155.
- LEFÈVRE. — *Revue de Paris*, 1^{er} février 1903, p. 640.
- LEGRAIN. — Rapport sur la convalescence des aliénés, au conseil supérieur de l'A. P., 1902, fascicule 87.
- LWOFF. — Rapport au nom de la délégation nommée pour visiter en 1900 les asiles d'aliénés en Belgique et les asiles d'aliénés du Nord en France, p. 9.
- MAHÉ. — L'open-door et l'assistance familiale. *Revue philanthropique*, 10 février 1903, n. 70.
- MARANDON DE MONTYEL. — *Ann. méd.-psych.*, 1896, 8^e s., t. III, p. 71.
- MOTET. — *Ann. méd.-psych.*, 1883, t. 10, p. 106.
- PASTUREL. — De l'influence des sorties prématurées dans certains états mélancoliques. *Ann. méd.-psych.*, t. 19, 1904, p. 36.
- RITTI. — Histoire des travaux de la Société méd.-psych. 1902, p. 90.
- Traitement de la mélancolie, in *Traité de Thérapeutique appliquée* d'A. Robin, Paris, 1898.
- RODIET. — L'Assistance aux aliénés convalescents et guéris., In comptes rendus du Congrès de Bordeaux, vol. III p. 333.
- *Revue philanthropique*, 10 déc. 1903, n. 80.
- ROUBY. — De l'internement des aliénés en Angleterre, *Ann. méd.-psych.*, 1896, t. 4, p. 377.
- SKAE. — *The Journal of Mental Science*, octobre 1873, t. 19, p. 144.
- *Ann. méd.-psych.*, t. 17, p. 272.
- SOKALSKY. — Rapport sur l'asile départemental d'aliénés d'Oufa, Oufa 1902. Analyse par le Dr Lwoff, in *Ann. méd.-psych.*, 8^e s., t. 18, p. 148, 1903.
- TAGUET. — Des sorties provisoires, *Ann. méd.-psych.*, 1879, 6^e s., t. 2.
- JOURNAL OF MENTAL SCIENCE. — Compte rendu de la séance trimestrielle de la Société médico-psychologique à Glas-

cow, juillet 1875. Communication du Dr Campbell.
Discussion : Drs Clouston, Fairless, Howden, Rorie,
Rutherford, Skae, Yellowlees.

REVUE PHILANTHROPIQUE. — N. 63, 10 juillet 1902. Séance du
Conseil supérieur de l'A. P., 11 et 12 juin 1902.

